

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

N° 41

DES MANIFESTATIONS ET DU TRAITEMENT

DE

L'IMPALUDISME

PENDANT LA GROSSESSE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

le 10 juin 1891

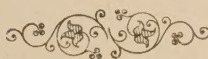
PAR

D. LASFARGUES

Né à Montauban (Tarn-et-Garonne)

Ancien interne de l'Hôpital civil d'Oran

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



MONTPELLIER

IMPRIMERIE SERRE ET RICHOMÉ, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5
1891



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555606_0053

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN, DOYEN.

BERTIN-SANS, ASSESSEUR.

Professeurs.

MESSIEURS :

<i>Médecine légale et toxicologie.</i>	JAUMES.
<i>Clinique chirurgicale.</i>	DUBRUEIL *
<i>Chimie médicale et Pharmacie.</i>	ENGEL.
Id. VILLE (Ch. de c.)	
<i>Hygiène.</i>	BERTIN-SANS.
<i>Clinique médicale.</i>	CASTAN *.
<i>Clinique médicale.</i>	GRASSET.
<i>Physiologie.</i>	LANNEGRACE.
— HÉDON (Ch. de c.)	
<i>Clinique chirurgicale.</i>	TÉDENAT.
<i>Clinique obst. et gynécol.</i>	GRYNFELTT.
<i>Anat. pathol. et histol.</i>	KIENER *.
<i>Thérap. et Matière médicale.</i>	HAMELIN *.
<i>Anatomie.</i>	PAULET (O. * ✕).
<i>Pathologie interne.</i>	CARRIEU.
<i>Clinique des mal. ment. et nerv.</i>	MAIRET.
<i>Physique médicale.</i>	IMBERT.
<i>Botan. et Hist. Nat. méd.</i>	GRANEL.
<i>Pathologie externe. (ch. de c.)</i>	ESTOR.
<i>Opérations et appareils. (ch. de c.)</i>	FORCUE.

Doyen honoraire: M. BENOIT (O. * ✕).

Prof. honor. M. DUPRÉ (O. * C. ✕),

Chargés de Cours de Cliniques annexes :

<i>Clinique annexe des maladies des vieillards.</i>	MM REGIMBEAU, agrégé
<i>Histologie</i>	BLAISE, agrégé.
<i>Clinique annexe des maladies des enfants.</i>	BAUMEL, agrégé.
<i>Clinique annexe ophthalmologique</i>	TRUC, agrégé.
<i>Accouchements</i>	GERBAUD, agrégé.
<i>Clinique annexe des mal. syphilit. et cutan.</i>	BROUSSE, agrégé.

Agrégés en Exercice

MESSIEURS :	MESSIEURS :	MESSIEURS
DE GIRARD.	VILLE.	BROUSSE.
SERRE.	FORGUE.	SARDA.
REGIMBEAU (*).	TRUC.	ESTOR.
BLAISE.	GERBAUD.	HÉDON.
BAUMEL.	GILIS	LECERCLE.

M. H. GOT, Secrétaire.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire honoraire.

Examineurs de la Thèse :

MM. CARRIEU, président.
BERTIN-SANS, professeur.
BLAISE, agrégé.
BAUMEL, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire vénérée de mon PÈRE

A MA MÈRE

A TOUS MES PARENTS

D. LASFARGUES

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur CARRIEU

A tous mes Maîtres de Montpellier

A mes Maîtres de l'Hôpital d'Oran

A TOUS MES AMIS

D. LASFARGUES

INTRODUCTION

Pendant notre internat à l'hôpital civil d'Oran, nous avons eu l'occasion d'observer un assez grand nombre de femmes, venues de points différents de la province, et, présentant au cours de leur grossesse, des manifestations de l'impaludisme.

Nous avons recueilli quelques observations, relatives à quelques-uns des accidents que peut occasionner l'intoxication palustre, soit pendant la grossesse ou l'accouchement, soit pendant les suites de couches. Nous nous proposons de les rapporter.

Nous n'avons pas l'intention de discuter les opinions, si nombreuses et si variées, auxquelles a donné lieu l'étude de l'influence réciproque de l'impaludisme et de la puerpéralité. Nous nous efforcerons de mettre en lumière deux faits importants qui nous ont paru dominer toute cette influence: d'un côté, la large part qui en revient à la forme chronique de l'intoxication, et, d'un autre côté, l'action évidente de la grossesse pour aider à la production de cette phase, et pour l'aggraver lorsqu'elle existe.

Nous insisterons tout particulièrement sur la nécessité de combattre énergiquement les diverses manifestations de la maladie, sans tenir compte de l'état puerpéral. De cette conduite peuvent résulter, pour la mère et l'enfant, les plus grands avantages, sans aucun danger pour l'un ou pour l'autre.

Nous ne nous dissimulons pas la difficulté de notre tâche. Aussi recommandons-nous à la bienveillance de nos juges

un travail dont la seule ambition est de présenter, en même temps que quelques observations nouvelles, les réflexions qu'elles nous ont inspiré, et quelques considérations sur la nécessité de prescrire un traitement qui peut être très utile, mais que beaucoup de médecins regardent encore comme dangereux.

Qu'il nous soit permis, avant de quitter cette École, de remercier publiquement nos maîtres de la Faculté de Montpellier, et d'exprimer nos sentiments de vive gratitude à M. le professeur Carrieu, qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider cette thèse.

Nous devons aussi un large tribut de reconnaissance à nos maîtres de l'hôpital civil d'Oran pour la bienveillance dont ils nous ont donné tant de preuves pendant un séjour de près de deux années.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES MANIFESTATIONS ET DU TRAITEMENT
DE
L'IMPALUDISME
PENDANT LA GROSSESSE

HISTORIQUE

«Les femmes atteintes de cachexie palustre conçoivent
»difficilement; leur accouchement est laborieux; le flux qui
»suit les couches ne se fait pas chez elles d'une façon avan-
»tageuse.» Telle est l'opinion d'Hippocrate, exprimée dans
son Traité des airs, des eaux et des lieux. Le père de la
médecine ajoute que «les nouveau-nés sont gros et bour-
soufflés.» Examinant, dans ses Aphorismes, la possibilité de
l'interruption de la grossesse par le fait de l'impaludisme, il
constate la fréquence de l'avortement, et attribue cet acci-

dent à une action analogue à celle des autres maladies aiguës qui le produisent.

On a cru pendant fort longtemps que l'état de grossesse créait pour la femme, vivant dans un pays où régnait la fièvre intermittente, une immunité complète.

Ébranlée par des observations dues à Mauriceau, et publiées en 1728, cette croyance prit fin à partir du moment où, Schuringins, médecin de Dresde, signala, dans ses *Ouvrages et Observations*, un fait indéniable d'impaludisme survenu chez une femme enceinte.

La possibilité de la coexistence de ces deux états a été reconnue depuis par tous les auteurs qui se sont occupés de la question.

Beaucoup d'entre eux cependant, et la plupart des médecins allemands, ont cru trouver dans la gestation une sorte de prédisposition à l'immunité. Le plus grand nombre ont émis un avis contraire et affirmé que, loin de mettre la femme à l'abri de l'impaludisme, la grossesse l'y prédispose spécialement.

Astruc, examinant en 1765, dans son *Traité des maladies des femmes*, l'influence des maladies aiguës sur l'évolution de la grossesse, conclut que la forme aiguë de l'impaludisme peut, comme elles, l'interrompre et causer l'avortement.

Hoffmann rapporte, en 1789, l'observation d'une femme, guérie sans accidents d'une fièvre d'origine palustre, à type quarte, survenue au cours de sa grossesse.

Franck insiste, dans son *Traité de pathologie interne*, sur la gravité des fièvres intermittentes et sur les dangers qu'elles présentent. Il pense que ces dangers deviennent beaucoup plus grands lorsqu'il s'agit de femmes enceintes ou récemment accouchées. L'avortement peut se produire sous leur influence et être suivi, dans certains cas, d'un effet des plus favorables.

Capuron, en 1811, donne, dans son *Traité d'accouchements*, les opinions de ses devanciers et n'apporte aucun fait nouveau.

Une observation de Bonnet, relative à une névralgie d'origine palustre, une autre de Boudin, mentionnant la possibilité de la transmission de l'impaludisme à l'enfant, nous conduisent jusqu'à la thèse de Benjamin Verneuil.

Tous les auteurs qui précèdent considéraient la forme aiguë de l'impaludisme comme pouvant produire l'interruption de la grossesse.

Franck considérait comme certain que les enfants nés des femmes qui échappaient à cet accident étaient sujets à la même affection.

Boudin, s'appuyant sur l'observation qu'il avait rapportée, pensait que la transmission de la maladie au nouveau-né pouvait s'effectuer par l'intermédiaire du lait de la mère ou de la nourrice.

Les conclusions de Verneuil diffèrent de celles de ses devanciers. Étudiant, dans son travail, les diverses maladies qui peuvent survenir pendant l'état de grossesse et l'influence qu'elles peuvent exercer, il constate que la fièvre intermittente se rencontre fréquemment. Mais ces deux états, pathologique et physiologique, peuvent évoluer côte à côte, sans que le pronostic en soit plus grave pour la mère ou pour l'enfant.

A partir de ce moment succèdent, aux observations épar-
sées, des études plus complètes et plus générales.

Dans leurs thèses, Bourdin et Saint-Romes, à Paris, Guiraud, à Montpellier, constatent que la fièvre intermittente, à laquelle n'échappe pas la femme enceinte, peut interrompre la grossesse en des moments différents de son évolution, et produire soit l'avortement, soit l'accouchement prématuré.

Guiraud pense qu'il faut attribuer cette interruption, tantôt

à l'action des accès fébriles, dont un seul suffit pour la produire, tantôt à la cachexie paludéenne.

Béhier mentionne, le premier, en 1864, la forme chronique de l'intoxication palustre, et dit qu'il faut lui rattacher les accès de fièvre intermittente qui apparaissent chez la femme en couches. Qu'ils se produisent pendant la grossesse ou pendant les suites de couches, ces accès ne sont, pour cet auteur, que les récives de fièvres subies jadis par les femmes observées, fièvres se réveillant « sous l'influence de la dépression que la grossesse et surtout l'accouchement ont imposée à l'économie ».

Dans un intéressant travail, paru dans le *Journal de Médecine* de Nantes, Pitre-Aubinais étudie soigneusement, pour les différentes formes des fièvres rémittentes ou intermittentes palustres, l'action qu'elles paraissent avoir sur la mère et sur l'enfant.

L'état de gestation constitue, d'après Burdel, une grande prédisposition à contracter l'impaludisme. Cette prédisposition, en rapport direct avec l'âge de la grossesse, est particulièrement grande dans les derniers mois.

Le même auteur signale, en 1876, dans les *Annales de gynécologie*, « la névrose cardiaque tellurique, de forme pernicieuse » survenant pendant la grossesse, pouvant produire très rapidement la mort de la mère. Cette forme grave est justiciable du sulfate de quinine, que l'auteur recommande d'administrer à haute dose.

Cet usage du médicament, dont le résultat fut des plus heureux pour la mère dans l'observation rapportée, serait, d'après Burdel, sans danger pour l'enfant.

Duboué (de Pau), dans une étude fort complète de l'impaludisme, rassemble les faits signalés par les divers auteurs, démontrant l'influence réciproque de l'impaludisme et de la puerpéralité.

Dupuy étudie dans sa thèse soutenue à Montpellier, en 1879, le retentissement funeste que peut avoir l'impaludisme sur la fonction génitale de la femme, depuis le jour où son énergie semble s'éveiller jusqu'à celui où elle s'endort. Ce travail, très complet, contient un très grand nombre d'observations recueillies pendant un long internat à la Maternité d'Alger. L'influence de l'impaludisme chronique et de la cachexie palustre sur l'accouchement et les suites de couches est signalée et étudiée dans ce travail.

Dupuy établit l'existence affirmée par Béhier et par Roux du réveil des accès pendant les suites de couches.

Cuzzi la confirma l'année suivante et publia, en 1880, deux observations dans les *Annali di Ostetricia*. Cet auteur explique ce réveil par une action de l'accouchement sur l'impaludisme, analogue à celle qu'exercerait un traumatisme. Cette action du traumatisme sur l'impaludisme était observée et connue depuis longtemps par des chirurgiens éminents de l'Ecole de Montpellier.

Bureau publie, la même année, en 1880, dans la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, un travail où se trouve surtout étudiée cette influence réciproque de l'impaludisme et des suites de couches. Ce travail contient quelques observations intéressantes.

Goth (de Klaussembourg) donne, en 1881, une des études les plus complètes qui aient été faites de la question.

Dans le troisième volume de ses *Mémoires de chirurgie*, où il étudie l'influence réciproque des états constitutionnels et du traumatisme, Verneuil consacre un long chapitre à l'impaludisme. Les travaux sur la matière y sont analysés; quelques-uns écrits par ses élèves, sous l'inspiration plus ou moins directe du maître, contiennent des observations très intéressantes. Il n'y est pas question de l'influence de la grossesse ou même de l'accouchement.

En 1868, David constate dans sa thèse qu'on sait peu de chose sur la façon dont s'exerce cette influence. Comme ses devanciers, il croit que la grossesse peut être interrompue, tantôt pendant les premiers mois, tantôt pendant les derniers. Il considère comme certain que la fièvre intermittente doit présenter une certaine gravité pour produire cet accident.

Roux publie, en 1874, un important travail sur les transformations morbides que peut présenter la fièvre intermittente. L'auteur, s'appuyant sur de nombreuses observations, démontre que ces transformations de l'impaludisme se rencontrent très fréquemment pendant la puerpéralité, qu'il considère comme une des causes les plus capables d'y prédisposer. Le travail de Roux fut publié dans le *Lyon médical*.

Dès lors, toutes les manifestations de l'influence réciproque des deux états sont signalés. Les premiers auteurs avaient considéré l'avortement comme le seul accident possible. L'accouchement prématuré a été constaté. On sait aussi que l'influence de l'impaludisme s'exerce après l'accouchement et qu'il peut se révéler pendant les suites de couches, soit sous sa forme ordinaire d'accès intermittents ou rémittents, soit sous ses formes larvées, mentionnées par Cazeaux, Hirtzt et Griesinger, qui n'apportent pas de preuves concluantes à l'appui des faits qu'ils signalent.

Justus Schramm, rapportant, en 1878, dans le *Berlin klin. Wochens*, une observation de fièvre intermittente pendant la grossesse, constate que ces deux états peuvent coexister sans qu'il y ait influence réciproque de l'un et de l'autre.

Billon consacre sa thèse, en 1882, à l'étude des manifestations fébriles de l'impaludisme qui, rappelées par le trauma-

tisme de l'accouchement, réapparaissent pendant les suites de couches. L'auteur ajoute quelques observations à celles de Bureau.

Bonfils réunit dans la sienne, soutenue en 1885, 140 observations, à l'aide desquelles il fait une étude fort complète de la question qui nous occupe. Toutes les opinions de ses devanciers y sont exposées et examinées avec soin. Nous ferons de nombreux emprunts à ce travail, qui contient une bibliographie complète jusqu'en 1885.

Depuis cette époque, ce sont les médecins italiens, placés dans les meilleures conditions pour étudier l'impaludisme et constater ses manifestations pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, qui se sont le plus occupés de cette question.

Nous signalerons le travail de Pasquali et de Bompiani (de Rome), sur la Malaria pendant la grossesse; celui de Mangiagalli, où cet auteur traite de la Malaria dans ses rapports avec la gestation.

Au travail de Negri sur la Fièvre palustre pendant les suites de couches ont succédé deux études du même auteur, publiées au mois de juin 1886, dans les *Annali di Ostetricia*. Dans la première, P. Negri signale quelques rapports entre l'infection palustre et l'état de gestation, en se basant sur cinquante observations. La seconde est consacrée à l'influence des températures élevées au cours de la grossesse.

En France, les travaux parus pendant la même période se rapportent plus spécialement à l'étude du paludisme congénital.

Nous devons signaler cependant l'article « fièvres intermittentes » du *Dictionnaire encyclopédique*. Dans cet article, dû à la plume de Léon Colin, l'auteur consacre quelques lignes à la question de l'influence réciproque de l'impaludisme et de la grossesse.

Lardier a publié, en 1887, dans le *Bulletin médical* des Vosges, deux articles consacrés aux localisations utérines du paludisme, que nous n'avons pu nous procurer.

Enfin, nous ne saurions passer sous silence, bien que cette influence n'y soit pas l'objet d'une étude spéciale, les travaux des médecins de notre armée, dont l'activité trouve, en Algérie, un champ d'observation digne d'elle. Les noms de Colin, de Laveran, de Kelsch et de Kiener sont désormais inséparables de l'histoire de l'impaludisme.

PREMIÈRE PARTIE

Influence réciproque de l'impaludisme et de la grossesse

CHAPITRE PREMIER

FRÉQUENCE DE L'IMPALUDISME PENDANT LA GROSSESSE

La grossesse confère-t-elle l'immunité à l'égard de l'impaludisme? Met-elle la femme à l'abri de l'intoxication palustre ou, au contraire, la prédispose-t-elle à cette intoxication?

C'est un fait admis aujourd'hui par tous les auteurs, qu'une femme, demeurée indemne jusqu'au moment de sa grossesse, et exposée à contracter l'impaludisme, n'est pas à l'abri de ses manifestations. Tout le monde admet qu'on peut voir survenir chez elle la fièvre périodique, à accès plus ou moins nettement séparés, qui est le plus souvent, sinon toujours, le premier signe qui révèle l'action du poison.

L'accord n'est pas le même s'il s'agit de déterminer dans quel sens peut agir l'état de gestation, soit en créant une immunité relative, ou, au contraire, une prédisposition toute spéciale. Selon les milieux divers où ils observaient, les auteurs ont dressé des statistiques différentes qui les amenaient à des conclusions opposées.

Les auteurs allemands, constatant fort peu de cas d'impaludisme parmi les femmes enceintes qu'ils voyaient, pensaient que cette maladie était fort rare chez elles, et trouvaient

dans l'état de gestation la cause de ce qu'ils croyaient être une immunité.

Les observations des médecins italiens, qui soignaient à Rome des malades venues de la campagne ou des environs de cette ville, région particulièrement insalubre, où la malaria règne à l'état endémique, leur donnaient des résultats fort différents.

Dans un travail paru en 1886 dans les Annales italiennes d'obstétrique, Paolo Negri (1) rapportait cinquante observations; et concluait d'une façon absolue contre l'immunité créée par l'état de grossesse. Il faisait des réserves relatives à la prédisposition que, suivant certains auteurs, créerait ce même état.

Si nous comparions au chiffre des femmes dont l'état de grossesse nous était connu le chiffre de celles qui ont présenté en même temps des manifestations de l'impaludisme pendant notre séjour à l'hôpital d'Oran, nous obtiendrions une proportion plus élevée que celle de 8,73 % donnée par l'Institut obstétrical de Rome. Le nombre des femmes entrées dans un service de médecine à des âges différents de leur grossesse, pour l'impaludisme, l'emporterait sur le nombre de celles que nous avons observées à la Maternité. Plusieurs, parmi ces dernières, n'ont quitté le premier service que devant la menace des accidents provoqués par l'intoxication. Le plus grand nombre en sortaient après disparition de leurs accès et amélioration de leur état.

Il est fort difficile d'établir une statistique à laquelle doivent échapper forcément un grand nombre de cas. En supposant qu'elle pût reposer sur des données certaines, la

(1) Paolo Negri. Alcuni rapporti fra infezione palustre e stato di maternità (Annali di Ostetricia, juin 1886).

proportion varierait d'une contrée à l'autre, et d'une année à l'autre pour la même contrée.

Il faut donc se borner à constater que, dans les régions où règne la malaria, on voit fréquemment survenir des manifestations de cet état morbide pendant la gestation.

Pitre-Aubinais et Burdel ont affirmé l'existence d'une prédisposition dont ils trouvaient la raison dans la dépression exercée sur l'organisme par la grossesse. L'organisme, affaibli, se comporterait vis-à-vis du poison palustre comme à l'égard des agents des autres maladies, et, mis en état de réceptivité, fournirait un terrain plus favorable à son action.

Mais cette prédisposition doit augmenter avec l'âge de la grossesse, et ces auteurs étaient amenés à conclure que la femme demeurée indemne échappait à l'intoxication pendant les premiers mois, et que l'impaludisme ne se manifestait que pendant les derniers. Les faits que nous avons observés sont loin de confirmer cette opinion.

La plupart des malades dont nous rapportons l'observation habitaient depuis longtemps des régions insalabres et avaient subi, avant leur grossesse, les premières atteintes de l'impaludisme. Trois d'entre elles seulement (Obs. I, IV, V), demeurées indemnes jusqu'au moment de la conception, virent les premiers accès se produire, deux au quatrième mois, la troisième au sixième mois de leur gestation.

C'est pendant les mois de juin et de juillet, après un séjour de plusieurs mois dans la contrée, que les premières furent atteintes. La dernière habitait l'Hillil depuis peu de temps, et le fut au mois d'août.

D'après les constatations faites par MM. Kelsch et Kiener, c'est pendant les mois de juin, juillet et août que les fièvres, qui, pendant huit à neuf mois de l'année, n'ont pas, en Algérie, une importance numérique supérieure à celle des autres maladies communes, prennent une brusque expansion

et arrivent à doubler et même à tripler en peu de temps la population des hôpitaux. C'est à ce moment qu'apparaissent fréquemment, chez les sujets habitant depuis peu le foyer malarien, les pyrexies périodiques, premières manifestations de l'action du poison. Nos malades avaient obéi à la loi commune.

«Ceux arrivés au début de la période épidémique, nous dit M. Léon Colin dans son article du dictionnaire encyclopédique, ont la chance d'en subir aussi toutes les épreuves; tandis que, venant pendant la saison favorable, ayant devant lui plusieurs mois pour s'habituer à l'influence des lieux, l'étranger se trouvera, au moment de l'explosion des fièvres, bien moins sujet à en subir les formes les plus graves.»

Nos malades des observations IV et V qui habitaient, l'une depuis près d'une année, l'autre depuis sept mois, le foyer malarien, virent apparaître chez elles les formes communes des manifestations fébriles.

Notre malade de l'Hillil, arrivée pendant la période épidémique, succomba à une fièvre pernicieuse, précédée de quelques accès, d'abord intermittents, puis rémittents, mais d'origine palustre. Ces accès se produisirent au mois d'août.

Or, MM. Kelsch et Kiener ont constaté que les fièvres s'aggravaient en même temps que leur nombre augmentait. Rares en juin, les fièvres pernicieuses sont beaucoup plus fréquentes au mois d'août.

A ces trois observations, nous pourrions en ajouter beaucoup d'autres, qui, toutes, démontreraient que les premières manifestations de l'impaludisme peuvent se produire indépendamment de l'âge de la grossesse, et que les femmes enceintes demeurent soumises aux conditions générales qui président à leur apparition.

CHAPITRE II

INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR L'IMPALUDISME

Il est rationnel de penser avec Pitre-Aubinais et Burdel que la grossesse, par la fatigue que son évolution entraîne chez la femme et par l'anémie qu'elle lui procure, doit avoir une action sur l'intoxication palustre. Cette action s'exerce-t-elle, comme le voulaient Roux et Dupuy, en produisant ou en hâtant les transformations des différents types de fièvre ?

Ces transformations se font de façon trop irrégulière, le type de la fièvre est trop instable, et l'alternance des types trop variable avec chaque cas particulier pour qu'on puisse faire la part de l'influence de la grossesse, si cette influence existe.

Mais la gestation nous a paru avoir sur l'évolution de la maladie une action beaucoup plus évidente et sur laquelle on n'a pas suffisamment insisté. Cette action a cependant la plus grande importance par les résultats qu'elle entraîne.

La dépression exercée par la grossesse prépare au poison palustre un terrain très favorable au développement de son énergie.

Comment se manifeste cette énergie ?

« Elle peut se traduire, nous disent MM. Kelsch et Kiener, » non pas seulement par la gravité des fièvres, mais aussi, » dans de nombreux cas, par leur inflexible tendance au retour, par des lésions persistantes de la rate et du foie, dues » aux dépôts de pigment qui s'effectuent sans cesse dans ces

« organes » (1), c'est-à-dire par ce qui constitue le tableau clinique de la forme chronique de l'intoxication palustre.

Malgré l'opinion de Pitre-Aubinais, qui dit que « les fièvres intermittentes simples se transforment en pernicieuses pendant la grossesse, surtout si la femme reste exposée au miasme palustre », et bien que cette condition ait été remplie, nous ne pensons pas qu'on doive attribuer l'aggravation rapide de la fièvre à l'action seule de la grossesse chez notre malade de l'observation I. Après deux accès nettement intermittents, les 13 et 15 août, l'action du poison malarien, auquel elle était exposée depuis peu de temps, se traduisit chez elle par une fièvre rémittente continue, à fastigium vers dix heures du matin, avec rémission incomplète. A cette fièvre succéda, le 22 août, un accès pernicieux à forme comateuse, amenant la mort de l'enfant, bientôt suivie de celle de la mère, avant que l'utérus eût pu tenter de se débarrasser du produit de la conception.

L'influence saisonnière que nous avons déjà signalée (mois d'août), le milieu éminemment palustre qu'habitait la malade, l'absence de tout traitement, car nous ne considérons pas quelques grammes d'antipyrine comme un traitement suffisant de manifestations aussi graves, l'acclimatement, étaient, dans cette circonstance, autant de causes venant se joindre à l'action de la grossesse pour hâter cette évolution vers les formes graves. Faire la part exacte de cette action serait fort difficile.

Nous n'avons jamais vu, chez les autres malades soumises à notre observation, les accès s'aggraver. Cela tient sans doute à ce qu'elles avaient quitté le milieu palustre, et peut-être aussi à ce qu'un traitement énergique et rationnel avait

(1) Kelsch et Kiener. Traité des mal. des pays chauds, livre V, chapitre I, page 340.

été institué dès que la nature et l'origine des accès fébriles avaient été constatées.

Mais l'état de gestation nous a paru agir, chez la plupart d'entre elles, en retardant la guérison, malgré l'emploi des mêmes moyens hygiéniques et thérapeutiques. Les accès cédaient moins vite à la médication, et avaient plus de tendance à réapparaître après qu'on l'avait suspendue.

La grossesse semblait favoriser ainsi la production de l'impaludisme chronique. Cet état, une fois établi, se traduit par le fréquent retour des accès fébriles, réapparaissant à des intervalles plus ou moins longs, et présentant dans leurs types et dans leurs transformations les mêmes ressemblances et les mêmes différences que les premiers accès de la période aiguë de l'intoxication.

Mais ce qui caractérise surtout l'impaludisme chronique et en fait la gravité, particulièrement au point de vue qui nous occupe, c'est la destruction globulaire qui s'effectue sans cesse, destruction que rendent bientôt appréciable l'augmentation du foie et de la rate, chargés d'en recevoir ou d'en transformer les produits. Ces organes, d'abord simplement congestionnés, plus ou moins légèrement augmentés de volume, et plus sensibles à la pression, deviennent bientôt le siège de lésions persistantes.

Exceptionnellement, cette prise de possession de l'organisme par le poison peut s'effectuer d'emblée, et les signes que nous venons d'indiquer la révèlent avant toute manifestation fébrile. Le plus souvent, cet état n'apparaît qu'après une série plus ou moins longue d'accès, et ce n'est que fort tard, après plusieurs mois, quelquefois même après plusieurs années, que se manifestent les signes de l'impaludisme chronique. Dans des cas assez fréquents, pour des raisons peu étudiées, l'évolution de la maladie dans ce sens est rendue plus facile et s'effectue plus rapidement.

La grossesse est une des causes qui hâtent les événements et facilitent cette évolution.

Deux de nos malades, celles qui font l'objet des observations IV et V, ont vu apparaître chez elles, au quatrième mois de la grossesse, les premières manifestations fébriles.

Leur santé avait été bonne jusqu'à ce moment; leurs grossesses antérieures avaient été heureuses, et les accouchements s'étaient faits très normalement. Toutes deux entrent à l'hôpital d'Oran au mois d'octobre, présentant, après trois mois écoulés depuis le début de la maladie, tous les signes de l'impaludisme chronique.

Les engorgements du foie et de la rate étaient considérables et, bien que nous n'ayons pu faire la numération des globules, la pâleur des téguments, les muqueuses exsangues, les signes stéthoscopiques nous permettaient de diagnostiquer une oligocythémie qui avait dû être rapide, une anémie considérable. Les accès n'avaient pas reparu depuis plusieurs semaines. Une d'entre elles avait vu apparaître depuis quelques jours de l'œdème des membres inférieurs, œdème symptomatique du début de la cachexie.

Elle avait quitté les Trembles pour venir à Oran, et son œdème ayant encore augmenté, elle se décida à demander son admission dans un service de médecine. Nous avons analysé à différentes reprises les urines de ces deux malades, et nous n'y avons jamais rencontré d'albumine en quantité appréciable.

Cet état, même lorsque l'anémie est considérable, n'est pas la cachexie. Sans doute, l'anémie progressive marque une aggravation dans l'état des malades et un acheminement vers la cachexie. Mais, le plus souvent, l'organisme lutte avec avantage contre l'action du poison, et cette phase de l'intoxication chronique peut se prolonger très longtemps sans y aboutir.

Les pertes en globules sont en partie réparées, grâce à la suractivité fonctionnelle de certains organes; les déchets provenant de leur destruction sont transformés ou éliminés par d'autres organes encore sains.

Mais ici encore l'influence de la grossesse se fait sentir. Soit que l'intoxication chronique ait existé avant le moment de la conception, soit qu'elle se soit établie au cours de la gestation, l'équilibre que l'organisme parvenait à rétablir semble se trouver rompu. L'état de la malade s'aggrave plus rapidement, et la cachexie peut être précoce.

Roux rapporte le cas d'une femme enceinte de huit mois, qui avait gardé pendant six mois une fièvre quarte. Quand il la vit pour la première fois, la fièvre avait disparu depuis un mois, laissant après elle une anasarque considérable, et l'œdème ayant gagné les viscères, la malade avait une dyspnée très forte et une diarrhée séreuse abondante. L'auteur signale ce fait comme démontrant la possibilité de la transformation de fièvres intermittentes en hydropisie palustre, sous l'influence de la grossesse. Nous y voyons une cachexie profonde et précoce, succédant à une série ininterrompue de manifestations fébriles; transformation, si l'on veut, mais liée à l'évolution de la maladie, que la grossesse a hâtée.

Nous pouvons rapprocher du cas publié par Roux l'observation de l'une de nos malades (Obs. VI).

Ortez V... habitait depuis longtemps la plaine de l'Habra, plaine éminemment palustre, et avait subi depuis plusieurs années l'action du poison malarien. Son séjour continu dans un pareil milieu, l'absence de tous soins hygiéniques, et peut-être de tout traitement, avaient permis à l'intoxication de faire des progrès, et les manifestations de l'impaludisme chronique étaient apparues. Cependant, malgré quelques récidives, malgré son anémie, les engorgements du foie et de

la rate qui se traduisaient par une sensation de pesanteur aux hypocondres, la malade n'avait jamais cessé de vaquer à ses occupations, quelquefois fort pénibles. Elle vient habiter Perrégaux au moment de son mariage, au mois de décembre 1889. Pendant les deux premiers mois de son séjour, aucun changement ne survient dans son état.

Mais, en février, le début de sa grossesse est marqué par une récédive de manifestations fébriles. Les accès sont plus pénibles, plus intenses et plus nombreux qu'ils ne l'étaient auparavant. Les récédives se succèdent; l'anémie fait des progrès et l'œdème ne tarde pas à apparaître. Il envahit peu à peu les membres inférieurs et se transforme en une anasarque, qui, au moment où nous vîmes la malade, était considérable. Les parois abdominales, les organes génitaux externes étaient le siège d'infiltrations séreuses abondantes. La dyspnée intense et les signes stéthoscopiques témoignaient de l'œdème du poumon. Les urines contenaient une assez grande quantité d'albumine.

Sept mois avaient suffi pour que la cachexie la plus profonde succédât à un impaludisme chronique ancien, dont les manifestations avaient été très peu graves jusqu'au début de la grossesse.

Comment s'exerce cette action de la grossesse ?

Les observations des auteurs démontrent que l'état de gestation peut s'ajouter aux autres causes qui provoquent le retour des accès, et contribuer à rendre leur réapparition plus fréquente.

La nature des causes occasionnelles des récédives fébriles explique suffisamment cette influence de la grossesse. S'il faut placer au premier rang les variations brusques de température et les changements de résidence, s'il faut tenir compte des changements de régime, des excès de toute sorte, tous les auteurs sont d'accord pour admettre qu'il faut faire

entrer en ligne de compte les fatigues et les moindres perturbations de l'économie, qui agissent dans le même sens.

La fatigue résultant de la grossesse est évidente, et les perturbations apportées dans l'économie par cet état intermédiaire à la santé et à la maladie peuvent être considérables.

Mais, en dehors des périodes fébriles, l'action anémiant de la grossesse s'ajoute à l'action destructive des globules rouges exercée par le poison palustre, même en dehors de ces récidives. Elle augmente les pertes de l'organisme, qui les répare plus difficilement et plus incomplètement. Augmentation des pertes globulaires que l'organisme ne suffit plus à réparer, tel est le résultat de l'influence de la grossesse chez une femme atteinte d'impaludisme chronique. L'équilibre est rompu ; l'oligocythémie augmente quelquefois dans des proportions inquiétantes, et la cachexie peut survenir plus ou moins rapidement avec tout son cortège.

Si la grossesse est interrompue, soit normalement, soit avant son terme, cette déchéance peut s'arrêter par la suppression d'un des facteurs qui la produisent, et un effet favorable semble être le résultat de cette interruption. Cette influence avait été signalée par Joseph Franck.

Mais, qu'elle soit prématurée ou non, cette interruption peut aussi, comme nous le verrons, s'accompagner d'accidents toujours graves, mais qui tirent une gravité plus grande encore de l'état d'épuisement dans lequel se trouve la femme.

Nous voulons parler des hémorragies qui accompagnent ou suivent le travail, et des accidents septicémiques ; ces derniers peuvent avoir une issue funeste, comme dans le cas de notre observation VII.

En résumé, quoique n'ayant aucune influence sur l'époque d'apparition des premières manifestations de l'impaludisme,

quoique n'ayant sur leurs transformations qu'une action douteuse et, dans tous les cas, bien difficile à déterminer, la grossesse exerce sur la marche de la maladie une action des plus importantes.

Cette action se manifeste d'abord par un retard apporté dans la guérison des premiers accès, par leur tendance plus grande à réapparaître; elle favorise peut-être, en s'ajoutant à d'autres causes, la gravité des accès eux-mêmes. Dans tous les cas, elle paraît favoriser le passage de la forme aiguë à la phase chronique de l'intoxication. Elle aggrave ce dernier état, lorsqu'il existe, en augmentant l'anémie; la cachexie peut être précoce.

CHAPITRE III

INFLUENCE DE L'IMPALUDISME SUR LA GROSSESSE

L'avortement est le seul accident mentionné par Hippocrate et par la plupart des auteurs anciens comme pouvant se produire sous cette influence. Ils le considéraient comme succédant à des accès fébriles, et pensaient que l'impaludisme avait une action analogue à celle des autres maladies aiguës dont l'avortement peut être la conséquence. Ce n'est qu'à une époque assez rapprochée de la nôtre qu'on a regardé la cachexie palustre comme pouvant avoir les mêmes résultats que la fièvre intermittente et signalé l'accouchement prématuré à côté de l'avortement. Encore tous les auteurs qui se sont occupés de l'impaludisme chronique ont-ils étudié

plus spécialement son action sur l'accouchement et les suites de couches.

L'impaludisme a-t-il une influence sur la grossesse, et que produit cette influence? Les auteurs qui ont résolu cette question ont donné des opinions contradictoires, au moins en apparence.

Frédéric Hoffmann avait donné une observation de fièvre quarte, survenue chez une femme enceinte et suivie de guérison.

Justus Schramm publia une observation analogue se rapportant également à un cas de fièvre quarte. Ayant assisté à la guérison de la malade sans qu'il se fût produit aucune menace d'accident, l'auteur affirmait que l'impaludisme n'a sur la grossesse aucune action.

Benjamin Verneuil émet dans sa thèse cette opinion « que la fièvre intermittente et l'état de gestation peuvent coexister, évoluer côte à côte, parallèlement, sans qu'aucun danger en résulte pour la mère ou pour l'enfant ».

A ces opinions optimistes viennent s'opposer celles de Guiraud et de David.

Guiraud considère les accès de fièvre intermittente et même un seul de ces accès comme pouvant produire l'avortement chez une femme débilitée.

David admet également que des accès de fièvre intermittente peuvent occasionner l'avortement ou l'accouchement prématuré; mais il faut, d'après lui, pour que ces accidents se réalisent, que la fièvre soit grave.

Bonfils rapporte dans sa thèse l'opinion d'un praticien distingué, M. le docteur Le Juge, qui avait exercé à l'île Maurice. Le docteur Le Juge pense que l'avortement est la règle dans les accès pernicieux, et que, malgré une médication énergique, on arrive rarement à sauver la malade.

Nous rapprocherons de cette opinion celle de Burdel,

rapportant un cas de guérison d'une forme pernicieuse grave, d'origine palustre, forme spéciale à la grossesse, guérison obtenue grâce à l'emploi de hautes doses de sulfate de quinine. Burdel conclut que non seulement la malade fut sauvée grâce à la médication, mais encore que la grossesse, qui n'avait plus que quinze jours à parcourir pour arriver à son terme, put suivre son cours normal.

Nous pourrions multiplier des observations analogues à celles données par Hoffmann et par Justus Schramm.

Nous avons observé un assez grand nombre de femmes enceintes voyant se manifester chez elles, à des moments divers de leur grossesse, des accès différents de type et d'intensité, qui disparaissaient sous l'influence du traitement sans que le moindre accident se fût produit.

Ces accès s'accompagnaient le plus souvent comme la plupart de ceux que nous avons observés en Algérie, au début de l'intoxication, de symptômes gastriques et bilieux « qui attestent l'action plus profonde et plus générale du poison sur l'organisme » (Kelsch et Kiener). Soumises aux mêmes règles thérapeutiques et hygiéniques que les autres, nos malades étaient, souvent plus lentement, toujours aussi sûrement guéries. Nous les avons suivies très soigneusement sans rencontrer chez elles, à aucun moment, des signes objectifs ou subjectifs révélateurs de la menace d'un accident.

C'est que les formes communes de l'intoxication aiguë nous ont paru n'avoir sur la grossesse aucune espèce d'action; sans doute elles sont, pour la femme enceinte, une source d'accidents possibles, mais le danger réside en dehors d'elles : dans les progrès de l'intoxication, dans la gravité des accès et surtout dans la succession des phases de la maladie que nous avons vu la grossesse favoriser et précipiter.

Six de nos malades, au moment où nous avons assisté à l'interruption prématurée de la grossesse, présentaient les

signes de l'impaludisme chronique; quatre étaient paludéennes avant de devenir enceintes.

En dehors de l'impaludisme chronique, nous n'avons vu qu'un cas de mort du fœtus pendant un accès pernicieux survenu sept jours après les premières manifestations de l'intoxication. La malade, amenée à l'hôpital dans le coma, mourut sept heures après son admission, sans que l'utérus eût tenté de se débarrasser du produit de la conception, dont la mort avait précédé de plusieurs heures celle de la mère.

Observation I

Impaludisme aigu au sixième mois de la grossesse. — Fièvre pernicieuse comateuse. — Mort de l'enfant. — Mort de la mère.

C... Marie, 43 ans, ménagère, née en France, entrée à l'hôpital d'Oran le 23 août 1890, sortie le même jour par décès.

Pav : pensionnaires femmes, cabinet n° 1.

Antécédents héréditaires : inconnus. Antécédents personnels : n'a jamais eu de fièvres intermittentes avant celle-ci; grossesse actuelle de cinq mois; deux grossesses antérieures normales; accouchements normaux.

Renseignements :

Cette femme habitait depuis peu de temps la localité où elle a contracté l'impaludisme; elle y est venue avec son mari, que son emploi y appelait.

Le premier accès remonte à neuf jours, au 13 août.

Le 13. Accès de fièvre. Trois stades bien marqués.

Le 15. Nouvel accès.

A partir du 15, les accès se répètent tous les jours et présentent une forme continue, avec exacerbation vers dix

heures du matin. Il n'y a, dans ces accès, ni coma ni délire.

Le médecin appelé les premiers jours, craignant de provoquer un avortement, n'a donné ni quinine, ni préparations de quinquina; la malade a pris seulement quelques grammes d'antipyrine.

Malade entrée le 23 août à midi. Coma profond, lèvres non fuligineuses, respiration stertoreuse, rapide, saccadée; pouls faible, fuyant, très rapide; abdomen volumineux. Fond de l'utérus atteint à peine l'ombilic. Anurie.

La malade, dans le coma depuis la veille, a été transportée dans cet état. Temp. 40°. On ne perçoit ni les mouvements ni les bruits fœtaux.

Malgré l'administration immédiate de hautes doses de quinine (3 gr. en cinq heures) par la voie hypodermique, la malade meurt à huit heures du soir. Pas d'autopsie.

A aucun moment, nous n'avons pu percevoir les mouvements actifs ou les bruits du cœur du fœtus. Le toucher permettait de constater le ramollissement du col, qui paraissait conserver toute sa longueur. L'utérus, dont le fond atteignait l'ombilic, avait conservé sa souplesse, se laissait déprimer facilement et ne paraissait pas être le siège de contractions. La mort de la mère survint sans que rien fût changé à cette situation.

Nous ne pûmes, malgré nos démarches, obtenir l'autorisation de pratiquer l'autopsie.

Le fait que nous rapportons confirme l'opinion de M. le Dr Le Juge, d'après lequel, souvent, au cours des accès palustres pernicioeux, la mère et l'enfant meurent sans que l'avortement ait pu se produire.

Faut-il chercher, à la mort de l'enfant dans ces conditions, une autre raison que l'action si énergique du poison, se manifestant chez la mère par des symptômes aussi graves,

entraînant la mort dans un espace aussi court ? Nous ne le pensons pas.

La production de l'avortement ou de l'accouchement prématuré nous paraît dépendre uniquement de l'époque d'apparition de l'accès pernicieux, et nous pensons que, quel que soit l'âge de la grossesse, la mort du fœtus est la règle, à moins que, comme dans le cas heureux de Burdel, un traitement en rapport avec l'énergie du poison ne vienne assez tôt en atténuer les effets.

Les manifestations aussi graves de l'impaludisme sont heureusement assez rares, même dans les contrées insalubres, et ce fait nous explique pourquoi les cas de ce genre ont été signalés en assez petit nombre.

Beaucoup plus fréquents sont les accidents de la grossesse qu'il faut mettre sur le compte de l'impaludisme chronique. Ils sont relatifs, les uns à la mère, les autres au fœtus.

Chez la mère, l'avortement ou l'accouchement prématuré peuvent se produire ; on a signalé, chez l'enfant, un arrêt de développement se traduisant par une diminution dans la longueur et le poids des nouveau-nés ; la mort du fœtus, qui peut se produire pendant le travail ou le précéder ; enfin, le paludisme congénital.

Les statistiques de Goth, de Klaussembourg, portant sur 54 cas, parmi lesquels : 27 accouchements à terme, 14 accouchements prématurés, 3 avortements ; de Pasquali qui, sur un grand nombre de cas, n'a vu que 3 avortements ; celle de Bonfils qui, sur les 158 cas qu'il a pu réunir, n'a constaté que 20 avortements, démontrent bien que cet accident, seul mentionné par Hippocrate et par beaucoup d'auteurs, n'est pas la règle chez les femmes

présentant, au cours de leur gestation, des manifestations palustres.

Sur nos six cas d'interruption de la grossesse avant son terme, nous avons constaté un avortement embryonnaire, qui n'était peut-être pas dû à l'intoxication palustre seule, un avortement fœtal qui se produisit dans le courant du cinquième mois; enfin, quatre accouchements prématurés.

Nous ne comprenons pas, dans cette énumération, le cas de la malade dont nous venons de rapporter l'observation.

La plus grande fréquence de l'acconchement prématuré est incontestable pour l'impaludisme chronique. Bonfils avait déjà constaté ce fait pour la cachexie palustre. Cet auteur ajoutait que quand l'avortement se produit dans ce dernier cas, c'est que la cachexie palustre s'accompagne de quelque complication ou de fièvre. Il appuyait son opinion de cinq observations, dont deux de Dupuy.

Nous n'avons observé qu'une seule femme atteinte de cachexie palustre, et présentant, peut-être même à un degré plus élevé, l'ensemble symptomatique signalé par Dupuy: facies cachectique, œdème considérable de la vulve et des jambes, albuminurie, muqueuses décolorées, affaissement complet. Chez cette femme, l'interruption de la grossesse fut précédée d'un accès et la mort du fœtus survint au cours du second, mais cette interruption se fit au septième mois de la gestation (Obs. VI).

Nous avons vu dans un autre cas (Obs. VII) la mort du fœtus survenir au huitième mois de la grossesse, chez une femme atteinte d'impaludisme chronique, mais non de cachexie. La mort du fœtus se produisit au cours d'une récurrence d'accès fébriles, d'ailleurs légers, récurrence durant depuis plusieurs jours, et pour laquelle aucune médication n'avait été instituée.

Nous nous sommes demandé en voyant ces accidents, imputables seulement à l'impaludisme chronique, se produire pendant une récurrence, si les faits d'avortement ou d'accouchement prématuré rapportés par les auteurs comme liés à l'action de manifestations aiguës ne sont pas des cas de ce genre.

Dans quatre cas, sur six observés, nous avons vu l'interruption de la grossesse, avortement (Obs. II et III) ou accouchement prématuré (Obs. IV et V), survenir sans prodromes, en dehors de tout accès fébrile, quelquefois longtemps après la disparition du dernier, en l'absence de tout traitement.

Les douleurs lombaires intermittentes furent les premiers signes qui, dans trois cas, appelèrent l'attention des malades sur les contractions utérines qui accompagnaient le travail.

L'expulsion peut se faire très rapidement. Une de nos malades, multipare, il est vrai, accoucha pendant qu'on se disposait à la transporter dans un cabinet de la salle d'accouchements.

D'autres fois, elle est beaucoup plus lente, et on doit intervenir comme chez notre primipare de l'observation III.

Chez cette dernière, qui avorta au cinquième mois, la mort du fœtus survint pendant le travail. Dans deux cas, elle avait précédé de moins de 24 heures l'accouchement prématuré (Obs. IV et VI). Enfin, quand les premières contractions apparurent chez nos malades des observations V et VII, la mort du fœtus datait de plusieurs jours, et les produits de la conception présentaient, particulièrement le dernier, les signes d'une macération déjà ancienne.

Observation II

Impaludisme chronique. — Avortement embryonnaire.

Marguerite Perez, ménagère, 32 ans, Espagnole d'origine.

Antécédents : multipare. A eu, il y a dix ans, deux enfants, dont le premier est mort en bas âge. Depuis, successivement, trois avortements au quatrième ou cinquième mois, un enfant né à terme, un avortement embryonnaire. Enfin, il y a trois ans, un enfant né à terme, actuellement vivant.

Cette femme habite Oran depuis une année, venant de Relizane, où elle a contracté l'impaludisme, il y a deux ans.

Entre à l'hôpital le 24 juillet 1889 pour des accès de fièvre qui ont reparu depuis quelques jours. Placée au pavillon 13, lit n° 6.

On constate chez cette femme des accès assez irréguliers dans leur marche et dans leur apparition.

La malade est anémiée ; les muqueuses sont décolorées ; la rate, facilement accessible, est légèrement augmentée de volume et sensible à la pression. Pas d'œdème. Urines non albumineuses.

Depuis les premières manifestations de l'impaludisme, les récidives ont été fréquentes. La malade a eu en ville, pendant une dizaine de jours, des accès, combattus efficacement par le sulfate de quinine.

De nouveaux accès survenus après quelques semaines de répit l'ont déterminée à entrer à l'hôpital. La malade accuse des douleurs lombaires. Questionnée sur l'époque d'apparition de ses règles, elle dit les avoir eues pendant le mois de juin.

On prescrit, le 26 juillet : Sulfate de quinine, 1 gr.

Extrait de quinquina. . . 4 gr. dans une potion.

1 litre lait. Régime léger.

Accès plus faible le 27. Le traitement est continué pendant trois jours.

Le 29, la fièvre ne revient pas. Les douleurs lombaires ont disparu, probablement sous l'influence du repos et malgré l'emploi du sulfate de quinine.

On supprime le sulfate de quinine. On continue seulement pendant quelques jours l'extrait de quinquina.

Le 4 août, onze jours après son entrée, et sept après le dernier accès, se produit un léger écoulement sanguin accompagné de la réapparition des douleurs lombaires.

Subitement, dans la soirée du 6, survient une métrorragie considérable avec douleurs beaucoup plus vives et expulsion rapide d'un embryon, qui, recueilli dans les caillots, mesurait 3 ou 4 centimètres environ.

Après une injection antiseptique chaude à 45°, on pratique le tamponnement. L'hémorragie se supprime pour ne plus se reproduire. Le 7 au matin, on enlève les tampons, derrière lesquels se trouvent les membranes.

Les suites sont normales. La fièvre ne reparait pas.

On combat l'état d'anémie par les préparations de quinquina et l'arsenic. La malade quitte l'hôpital deux mois après, considérablement améliorée et sans avoir eu de nouvel accès.

Nous avons rapporté l'observation de cette malade, bien que son avortement ne nous ait pas paru être dû à l'action seule de l'impaludisme chronique, pour montrer que, comme le disait Ritter, « on ne saurait conclure, de quelques avortements qu'on observe, qu'ils ne soient que la conséquence de l'infection ». Si cet accident se fût produit quelques jours

plus tôt, on eût pu le mettre sur le compte des manifestations fébriles que présentait la malade en ce moment, peut-être aussi en eût-on pu chercher la cause dans l'action du sulfate de quinine. Dans les circonstances au milieu desquelles il survint, aucune de ces causes ne peut être invoquée, et nous devons bien, à côté de la part qu'a eue sans doute l'impaludisme chronique dans sa production, signaler celle qui revient à la prédisposition de la femme à avorter. Cette prédisposition s'était déjà manifestée, après ses premières grossesses, par trois avortements successifs, au 4^e ou 5^e mois, et plus récemment par un avortement embryonnaire. Ces accidents s'étaient produits, du reste, en dehors de toute influence palustre, et longtemps avant les premiers accès de fièvre intermittente.

Observation III

Impaludisme chronique. — Avortement fœtal. — Accidents septicémiques suivis de guérison.

Elise B....., 25 ans, Française, habite l'Algérie depuis deux ans. Primipare; a subi, peu de temps après son arrivée, les premières atteintes de l'impaludisme.

Entre à l'hôpital, dans un service de médecine, pour des accès de fièvre assez irréguliers dans leur mode d'apparition, mais nettement intermittents et d'origine palustre. Pas d'albumine dans les urines. La malade présente tous les signes de l'impaludisme chronique. A eu, depuis les premières manifestations, des récidives assez fréquentes d'accès fébriles, toujours traités avec succès par le sulfate de quinine. Depuis

le début de sa grossesse, remontant à trois mois, l'anémie a augmenté et les accès sont plus fréquents.

On donne la quinine et les préparations de quinquina ; ce n'est qu'après deux mois pendant lesquels l'apparition de nouveaux accès avait fait reprendre le traitement, interrompu à plusieurs reprises, qu'on obtient leur disparition complète.

Quinze jours après la suppression de tout traitement, sans prodrome, Elise B.... ressent, à minuit, les douleurs de l'enfantement.

La température demeure normale. Le travail est lent. La poche des eaux, cylindrique, demeure longtemps intacte.

Les battements fœtaux, forts jusqu'à huit heures du matin, vont en diminuant jusqu'à une heure de l'après-midi. On se décide à pratiquer l'extraction du fœtus se présentant en SID.

Le fœtus, mort depuis quelques instants, est chétif, exsangue ; il mesure 27 centimètres. Le placenta est extrait facilement. Il est entier et normal. Hémorragie insignifiante. Injection antiseptique intra-utérine. Antisepsie des organes génitaux externes.

Deux jours après, la femme ressent de légers frissons.

Inappétence, température élevée, particulièrement le soir, contre laquelle la quinine demeure sans action.

L'insuccès de la quinine, la marche de la fièvre, les symptômes généraux qui l'accompagnent (diarrhée, etc.) révèlent l'origine septique des accidents.

En outre des injections vaginales antiseptiques bi-quotidiennes, répétées depuis l'accouchement, on prescrit des bains généraux chauds (39°) contenant 8 gr. de sublimé.

Dès le second bain, la température descend. Après le troisième elle redevient normale (37°3) pour ne plus se relever.

L'autopsie de l'enfant ne nous a permis de constater aucun des signes macroscopiques considérés comme se rapportant au paludisme congénital.

Observation IV.

Impaludisme chronique. — Mort du fœtus. — Accouchement prématuré.

Rodriguez Trinidad, 32 ans, ménagère, originaire de la province d'Almeria (Espagne), est venue habiter l'Algérie depuis deux ans. Après un assez long séjour à Oran, elle habite, depuis le 24 novembre 1889, une ferme dans les environs de Bou-Tlélis.

Antécédents: A eu déjà deux enfants nés à terme, viables, bien constitués. N'a jamais eu d'avortement. Grossesses heureuses; accouchements normaux.

Réglée, pour la dernière fois, du 31 mars au 6 avril.

Au point de vue de l'impaludisme, cette femme n'avait jamais eu d'accès de fièvre intermittente tant en Espagne qu'à Oran.

Premier accès vers le 25 juillet, soit après huit mois de séjour, quatre mois environ après l'époque probable de la conception.

Accès franc, à stades bien marqués, revenant d'abord tous les trois jours, puis se succédant en séries irrégulières, inégalement espacées.

Pas de traitement. La malade a pris une seule fois 0 gr. 50 centigr. de sulfate de quinine. L'anémie a été rapide.

Les mouvements actifs du fœtus perçus par la mère à la fin du mois d'août, l'étaient au moment de son entrée et le furent dans les jours qui suivirent.

Entrée dans un service de médecine (pavillon 6) le 2 octobre 1890, pour son impaludisme. Les accès n'ont pas reparu depuis plusieurs jours.

La malade présentait, au moment de son entrée, tous les signes de l'impaludisme chronique: pâleur des téguments; bouffissure de la face; muqueuses exsangues et décolorées. Les régions hépatique et splénique sont sensibles à la pression. La rate est augmentée de volume et déborde les fausses côtes.

On perçoit, à l'auscultation du cœur, un léger souffle à la pointe. Ce souffle se retrouve assez intense dans les gros vaisseaux du cou. Il n'y a pas de traces d'œdème aux membres inférieurs. Les urines ne contiennent pas d'albumine en quantité appréciable.

Nous n'avons pas fait l'examen du sang.

Traitement: 2 gr. d'extrait de quinquina dans une potion.
Régime tonique.

Cette prescription fut continuée les jours suivants.

Le 7 au matin, les douleurs lombaires intermittentes de l'expulsion se font sentir. L'auscultation, pratiquée à diverses reprises, ne révèle pas les bruits du cœur du fœtus. La mère n'en perçoit pas, depuis la veille, les mouvements actifs.

Accouchement très rapide, en présentation du siège. Le fœtus est petit. Il est mort, ne présente aucun signe de macération. Le placenta vient avec l'enfant. Pas d'hémorragie avant, pendant ou après l'accouchement. Les suites de couches sont normales. Les lochies ne sont jamais sanglantes, mais à peine teintées pendant les premiers jours. La température atteint, le troisième jour, un maximum de 38°.

On donne à la malade, pour combattre l'action du poison palustre et son état d'anémie, une potion contenant:

Poudre de quinquina calisaya. . . 6 gr.

Sirop de quina 90 —

Régime tonique. Vin généreux.

L'état général s'améliore très rapidement et, un mois après, la malade quitte l'hôpital en très bonne voie.

Autopsie de l'enfant. Absence de signes macroscopiques pouvant faire supposer le paludisme congénital.

Observation V

Impaludisme chronique. — Cachexie précoce. — Mort du fœtus. — Accouchement prématuré.

Cleyet Victorine, 29 ans, née à Alger, ménagère. Entre à l'hôpital le 6 octobre 1890, passe, le 13, au pav. 5 pour y accoucher prématurément.

Multipare. Quatre enfants nés à terme. Accouchements normaux. Réglée, pour la dernière fois, du 25 au 30 février.

Antécédents : n'avait jamais eu d'accès de fièvre intermittente avant de venir aux Trembles qu'elle habite depuis juin 1889.

Premier accès en juin 1890, un an après son arrivée, dans le quatrième mois de sa grossesse.

Type tierce d'abord, puis fièvre quotidienne; heures variables du début des accès.

La malade a pris du sulfate de quinine pendant trois mois, mais sans méthode. Après de courts intervalles, les accès reparaissaient. Anémie rapide et intense, persistant et augmentant après la cessation des accès, dans le courant du mois d'août.

La malade quitte les Trembles vers le 15 septembre pour venir se fixer à Oran. Alors surviennent quelques accès plus faibles, qui disparaissent sans administration de quinine.

L'anémie fait des progrès; de l'œdème des membres in-

férieurs apparaît qui augmente assez rapidement. La malade, effrayée par l'aggravation de son état, se décide à entrer à l'hôpital le 6 octobre.

Etat actuel : Impaludisme chronique. Bouffissure de la face. Muqueuses exsangues. La rate est considérablement augmentée de volume. La région hépatique est douloureuse.

A l'auscultation du cœur, légèrement hypertrophié, on constate un souffle à la pointe. Ce souffle se retrouve dans les gros vaisseaux du cou.

Le 13 octobre, sans prodromes, sans fièvre, quelques douleurs précèdent l'accouchement prématuré, qui s'effectue très rapidement. L'enfant est légèrement macéré. Le placenta est extrait très facilement. Il est petit, mais ne présente rien de particulier. Pas d'hémorragie. Injection intra-utérine antiseptique.

Les jours suivants : injections vaginales.

Traitement général :

Quinquina calisaya pulvérisé. 6 gr.

Sirop de quina. 90 —

Liqueur de Fowler. Régime tonique. Vin généreux.

Les suites de couches sont normales. Lochies à peine teintées. La température ne dépasse pas 38°.

Amélioration lente, mais continue, de l'état général.

L'œdème disparaît après une dizaine de jours.

La malade sort de l'hôpital, après un assez long séjour, considérablement améliorée.

L'autopsie de l'enfant ne nous a permis de constater que les signes de la macération.

Observation VI

Impaludisme chronique. — Cachexie palustre. — Anasarque. — Albuminurie. —
Accouchement prématuré.

Ortez Vicenta, 22 ans, Espagnole d'origine, habite depuis plusieurs années la plaine de l'Habra, où elle a contracté l'impaludisme. Aux manifestations aiguës avait succédé l'impaludisme chronique, se traduisant par des récidives assez fréquentes et une anémie assez intense.

La malade est venue à Perrégaux depuis le mois de décembre, époque de son mariage. Nous la voyons pour la première fois le 16 septembre.

De nombreuses récidives se sont produites, particulièrement dans les premiers mois de sa grossesse dont elle fait remonter le début au milieu de janvier. Les accès sont plus intenses; l'anémie a fait des progrès rapides; l'œdème est apparu, d'abord localisé aux membres inférieurs.

Etat actuel, 16 septembre: La malade n'a pas eu d'accès depuis quelques jours. Elle présente tous les signes d'une cachexie profonde.

Œdème considérable des membres inférieurs et des organes génitaux externes; œdème des parois abdominales. Bouffissure de la face. Teint patate. Dyspnée intense.

Le fond de l'utérus ne remonte pas au niveau de l'ombilic.

On perçoit très nettement les mouvements actifs du fœtus. Le summum d'intensité des bruits du cœur est sur la ligne médiane, à quelques centimètres au-dessous de l'ombilic.

L'analyse des urines nous ayant révélé la présence d'une grande quantité n'albumine, nous prescrivîmes le régime

lacté absolu. La dyspnée disparaît rapidement, l'œdème des organes génitaux diminue; la quantité d'albumine est moindre.

La malade se soumettant difficilement au régime lacté exclusif, nous autorisâmes, le 20, un régime mixte:

Lait 1 litre et demi. Viande rôtie. Vin généreux, réservant les préparations de quinquina ou le sulfate de quinine, pour une indication plus pressante, ou pour le moment où l'état des reins en rendrait l'emploi plus facile.

Le 27, nous fûmes appelé de nouveau. La malade, dont l'état avait continué à s'améliorer jusqu'à ce moment, avait eu la veille un violent accès. Après une rémission incomplète le matin, nous trouvâmes la femme en plein accès à quatre heures du soir.

Elle affirma avoir perçu dans la matinée les mouvements actifs du fœtus. Nous ne perçûmes pas les bruits du cœur. Le col nous parut aplati et diminué de longueur.

Nous annonçâmes l'avortement, qui se fit dans la matinée du lendemain.

Nous rentrions le jour-même à Oran et ne pûmes observer plus longtemps la malade.

Observation VII

Impaludisme chronique. — Mort du fœtus. — Accouchement prématuré. — Rétention d'un fragment placentaire. — Accidents septicémiques. — Mort.

Benito Francesca, 30 ans, née à Carthagène (Espagne), entre à l'hôpital le janvier 1889, venant de Saint-Lucien, qu'elle habite depuis plusieurs mois. Placée, vu son état de grossesse avancée, pav. 5, lit. n° 5 (service de la Maternité), quoique entrant pour son impaludisme, dont les accès se sont

reproduits à diverses reprises depuis la première atteinte subie, il y a deux ans, à Mostaganem.

La malade a eu, depuis deux semaines environ avant son entrée, plusieurs accès peu intenses. Aucune espèce de traitement.

Etat actuel : Le facies est anémique. Le teint bistre, la bouffissure de la face, les muqueuses décolorées, révèlent l'impaludisme chronique.

La rate, augmentée de volume, est facile à reconnaître par sa forme et sa consistance, à côté de l'utérus, dont elle est nettement séparée. Elle est sensible à la pression.

Nous n'avons pas pratiqué l'examen microscopique du sang. L'auscultation du cœur révèle une insuffisance aortique dont la malade ne semble pas avoir eu beaucoup à souffrir jusqu'à ce moment.

Le développement de l'utérus indique une grossesse assez avancée. Le fond de l'organe remonte à environ deux centimètres au-dessus de l'ombilic.

On ne peut prendre pour point de repère, servant à établir l'âge de la grossesse, la dernière apparition des règles, les menstrues n'ayant point reparu depuis la naissance d'un premier enfant allaité par la mère.

L'auscultation, plusieurs fois répétée, ne révèle pas les bruits du cœur du fœtus. Les mouvements actifs ne sont perçus ni par la mère ni par l'observateur.

Depuis la veille, la femme ressent quelques contractions utérines.

Le 10 janvier, à 11 heures du matin, début d'un accès nettement intermittent, qui reparaît le lendemain à la même heure, après une période apyrétique franche.

Le 12, administration de 1 gr. 50 sulfate de quinine, pris à dose massive à cinq heures du matin. Accès plus faible.

Le 13, nouvelle dose de 1 gr., administrée dans les mêmes conditions.

La fièvre ne reparaît pas. Les contractions utérines continuent, sans augmenter de nombre ou d'intensité.

Le 15 au soir, les douleurs de l'expulsion se font sentir. Elle se fait facilement dans la nuit.

Etat du fœtus : L'enfant est macéré, semble avant terme. Le placenta est expulsé assez rapidement; mais on constate qu'un fragment a dû rester adhérent à la paroi utérine.

Injection intra-utérine chaude antiseptique, pratiquée immédiatement, renouvelée deux fois chacun des jours suivants.

Jusqu'au 17 janvier, la malade se trouve bien. La température est normale; mais, à partir de ce moment, apparaissent certains symptômes.

Inappétence. Sueurs profuses. Léger mouvement fébrile (38°5), très différent dans sa marche, des accès franchement intermittents, à rémission nocturne, constatés à l'entrée de la malade. La quinine est sans action.

Nous avons affaire maintenant à une fièvre septique s'accompagnant de diarrhée et de vomissements. La malade meurt dix jours après son début, le 27 au soir.

Autopsie : A première vue, les viscères paraissent sains, sauf la rate que l'on trouve hypertrophiée et indurée par places. Le foie, congestionné, est plus volumineux qu'à l'état normal.

L'utérus, mou, est assez bien revenu sur lui-même. En l'ouvrant, nous sommes peu surpris de trouver les traces d'un fragment placentaire demeuré adhérent sur une surface de trois centimètres carrés environ à la partie postéro-supérieure droite de l'organe.

Nulle part, il n'y a de traces de pus.

L'autopsie de l'enfant, pratiquée le jour même de l'accouchement, n'a révélé d'autres signes que ceux résultant d'une macération déjà ancienne.

On a donné diverses explications à la production de cette interruption de la grossesse par l'impaludisme.

D'après quelques auteurs, l'accouchement avant terme serait dû à la congestion utérine ; Burdel l'attribue à l'ébranlement nerveux ; Goth, de Klaussembourg, a invoqué l'excès de température maternelle. Les auteurs italiens reconnaissent trois causes à sa production : l'anémie plus ou moins marquée de la femme, l'hyperthermie et le frisson.

Nous ne pouvons expliquer les cas que nous avons observés par la congestion utérine. Ces accidents ne furent précédés ni accompagnés d'aucune espèce d'hémorragie. La délivrance fut accompagnée d'une hémorragie insignifiante, et le caractère des lochies fut de n'être jamais sanglantes, mais à peine teintées en rose pendant les premiers jours. Sous quelle influence eût pu se produire cette congestion, dans le cas où l'interruption de la grossesse survenait en dehors de tout accès fébrile, longtemps après leur disparition ?

Nous ne saurions invoquer davantage l'hyperthermie, l'ébranlement nerveux, le stade de frisson, qui faisaient également défaut en l'absence de la fièvre.

L'ébranlement nerveux, lié à l'action si intense du poison dans les accès pernicieux, nous paraît pouvoir être mis en cause dans ces cas particuliers. L'action nocive que ce poison doit exercer sur le fœtus vient s'y ajouter, et la mort en est suffisamment expliquée. Ici, encore, il n'est pas besoin de faire intervenir l'hyperthermie, que les expériences instituées

par Runge sur des animaux permettaient d'incriminer. Doléris et Doré ont repris ces expériences en 1883, en les modifiant, et ont été amenés à cette conclusion que l'hyperthermie seule ne suffit pas pour provoquer l'accouchement avant terme.

Avec Dupuy, nous trouvons la raison de cette interruption dans l'anémie de la mère, et dans l'anémie seule. La nature semble, dans quelques circonstances, vouloir se débarrasser avant terme du produit de la conception, pour empêcher la mère de succomber à l'état d'épuisement qui augmente continuellement.

D'autres fois, et c'est ce que nous avons vu se produire le plus souvent, le fœtus, dont les besoins augmentent à mesure qu'il se développe, trouve l'organisme maternel plus affaibli. Les échanges deviennent insuffisants; le produit de la conception meurt, et sa mort rend l'accouchement avant terme désormais inévitable.

Dans les cas heureux, tout se passe sans accidents et l'organisme, débarrassé de la grossesse qui contribuait à l'affaiblir, semble lutter avec plus d'avantage contre l'action seule du poison palustre. Si un traitement approprié et un régime tonique viennent s'ajouter à cette influence, on peut assister en peu de temps à une véritable résurrection.

Mais nous avons vu qu'il n'en était malheureusement pas toujours ainsi. Nous avons assisté pendant deux fois à des accidents septicémiques, dus, dans le premier cas (Obs. VII), à la rétention d'un petit fragment du placenta, rétention constatée après la délivrance. Nous retrouvâmes à l'autopsie les traces de ce fragment qui avait occasionné les accidents graves auxquels succomba la malade, malgré les soins qui lui furent prodigués (Obs. VII).

Nous ne pensons pas qu'on doive établir une relation entre la rétention du fragment placentaire et l'existence de l'im-

paludisme chronique, mais nous croyons qu'il faut faire une grande part dans la gravité des accidents observés à l'état d'épuisement qu'il avait contribué à produire.

La malade de notre observation III présenta, deux jours après son avortement, qui s'était fait sans accidents d'aucune sorte, et avait été suivi d'une toilette antiseptique complète, répétée les jours suivants, des symptômes dont la nature ne laissait aucun doute sur leur origine septicémique. Le placenta et les membranes, soigneusement examinés, avaient été reconnus complets. Ces accidents cédèrent assez rapidement à l'emploi d'injections et de bains généraux antiseptiques, et à partir de ce moment, l'état de notre malade s'améliora très rapidement (Obs. III)

Pour ce qui est du produit de la conception, nous avons pu vérifier l'arrêt de développement signalé par différents auteurs et si bien démontré par Dupuy, qui a pu le constater chez un très grand nombre d'enfants.

Les placentas nous ont paru diminués de volume. Dans aucune circonstance, nous n'avons constaté d'altérations macroscopiques, analogues à celles qui ont été signalées.

L'autopsie du fœtus ne nous a jamais révélé de signes permettant de conclure à l'existence de l'impaludisme intra-utérin ou congénital. Jamais, notamment, nous n'avons constaté l'hypertrophie de la rate, signalée par Playfair, qui l'avait rencontrée très fréquemment chez les jeunes enfants nés dans les contrées à malaria. Nous devons ajouter que nous ne nous sommes pas livrés à des recherches microscopiques.

En résumé, la plus grande part de l'influence exercée par l'impaludisme sur la grossesse revient à la forme chronique de cette intoxication.

Les manifestations fébriles de la période aiguë, même celles dont le cortège symptomatique révèle une action plus intense du poison, peuvent évoluer parallèlement avec la

grossesse sans l'influencer. Il n'en est pas de même des formes graves désignées sous le nom de pernicieuses; leur existence influence et assombrit le pronostic des couches; elle peut compromettre, en fort peu de temps, la vie de la mère et de l'enfant

Les accidents de la grossesse dus à l'action de l'impaludisme chronique sont l'avortement et, plus fréquemment, l'accouchement prématuré, souvent précédés de la mort du fœtus. L'interruption prématurée de la grossesse peut être le point de départ d'une amélioration rapide de l'état général de la mère. Mais si des accidents surviennent, liés à n'importe quelle influence, ils seront d'autant plus graves que l'épuisement considérable de l'organisme maternel le dispose moins à résister. La mort peut en être la conséquence.

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

INFLUENCE DE L'ACCOUCHEMENT SUR L'IMPALUDISME CHRONIQUE. —
MANIFESTATIONS DE CET ÉTAT PENDANT LES SUITES DE COUCHES

Pour si fréquente que puisse être l'interruption de la grossesse avant son terme, cet accident est loin d'être la règle chez les malades atteintes d'impaludisme chronique. Souvent la gestation arrive à sa fin, quelquefois malgré l'existence d'une cachexie profonde. Une mère cachectique peut donner le jour à un enfant viable et, dans certains cas, bien constitué.

L'accouchement a, sur l'impaludisme chronique, dont nous venons de démontrer l'influence considérable pendant la grossesse, une action évidente, qui se traduit par le retour, pendant les suites de couches, de manifestations de cet état. Le Dr Billon, dans l'excellente étude qu'il a faite de cette question, ajoute quelques observations, qui lui sont personnelles, à celles rapportées par Bureau. Il a constaté le réveil de l'affection palustre chez des accouchées ayant quitté depuis longtemps le pays où elles avaient contracté la maladie, et qui, arrivées dans un pays sain, avaient pu se croire guéries, aucun signe n'étant venu, jusqu'au moment de l'accouchement, révéler la présence du poison. L'auteur ajoute, du reste, que ce réveil est d'autant plus certain que l'époque des accès est moins reculée. Il est fort rare en Algérie, et

sans doute dans tous les pays à malaria, que des manifestations palustres ne se montrent pas pendant la grossesse chez les femmes, qui, après avoir contracté l'impaludisme, continuent à vivre dans le milieu malsain. Elles seraient, d'après les conclusions de Billou, plus exposées que les premières aux récidives des suites de couches. Nous n'avons pas d'opinion personnelle à ce sujet, n'ayant jamais observé de manifestations fébriles, d'origine palustre, après nos accouchements ou après les avortements que nous avons rapportés.

Signalée pour la première fois par Béhier, cette influence de la grossesse, mentionnée par Roux et plusieurs auteurs, fut établie par Dupuy, et très bien étudiée par Billou. Ce dernier constata, après Cuzzi, que l'accouchement a sur l'impaludisme une action analogue à celle qu'aurait un traumatisme. Niée par les auteurs italiens, l'analogie de cette action est aujourd'hui généralement reconnue.

Le professeur Verneuil, étudiant, dans ses Mémoires de chirurgie, l'influence réciproque des états constitutionnels latents et du traumatisme, publiait, en 1883, des travaux écrits sous son inspiration plus ou moins directe, et démontrant par de nombreuses observations que l'impaludisme, ou du moins sa forme chronique, se comporte comme un de ces états. Une intéressante communication, faite deux années plus tôt, à Alger, à l'occasion de la réunion du Congrès pour l'avancement des sciences, avait précédé cette publication.

L'action de l'accouchement sur l'impaludisme chronique se traduit par les mêmes manifestations que celles provoquées par le traumatisme. Ces manifestations avaient été signalées, bien avant les importantes recherches de Verneuil, par des maîtres éminents de la Faculté de Montpellier, qui les avaient observées chez leurs blessés ou leurs opérés : apparition d'accès intermittents, disparaissant par l'ad-

ministration de sulfate de quinine (1); hémorragies intermittentes s'accompagnant quelquefois d'accès fébriles, hémorragies se produisant au niveau de la plaie traumatique ou opératoire, et cédant aux mêmes moyens thérapeutiques (2).

C'est qu'en effet l'accouchement constitue un véritable traumatisme qui a permis d'appeler la femme récemment accouchée « une grande blessée ». La distinction à établir entre le traumatisme et l'accouchement serait, d'après Billon, que le premier est toujours un événement anormal et accidentel; la grossesse est un événement normal et physiologique. Tous deux sont constitués par les mêmes éléments : choc, ébranlement nerveux, qui, dans les deux cas, peuvent être considérables; plaie avec sa surface cruentée exposée et ses tissus à réparer.

L'impaludisme se comporte vis-à-vis de ces traumatismes comme un état constitutionnel latent ou une diathèse, ne différant de ces dernières que parce qu'il est considéré comme acquis et qu'aucun fait n'est venu démontrer qu'il puisse être héréditaire comme elles.

Les manifestations de l'impaludisme chronique produites sous l'influence du traumatisme de l'accouchement peuvent être des manifestations fébriles; elles peuvent être aussi des manifestations larvées, et, parmi ces dernières formes, la plus fréquente pendant les suites de couches, comme après tout traumatisme, est l'hémorragie.

Les accès peuvent être de type et d'intensité variables; l'hémorragie peut être périodique, et s'accompagner ou non de manifestations fébriles. Cette question a été très bien

(1) Delpech. Mémorial des hôpitaux du Midi, t. I, p. 323.

(2) Bouisson. Sur les hémorragies périodiques des plaies, *in* Tribut à la Chirurgie, t. I, p. 110.

étudiée par Bureau et par Billon : nous n'y insisterons pas, afin de rester dans les limites de notre travail.

Nous devons à l'obligeance de notre ancien collègue, demeuré notre excellent ami, M. le docteur Bichon, une observation se rapportant à une hémorragie tardive, survenue cinq jours après l'accouchement, chez une femme présentant tous les signes de l'impaludisme chronique. L'hémorragie diminuait pendant la période apyrétique pour augmenter de nouveau au cours de l'accès suivant.

Demeuré rebelle à l'usage de l'ergot de seigle, administré pendant deux jours, l'écoulement sanguin diminua dès qu'on donna le sulfate de quinine; après trois jours de ce traitement, il avait complètement disparu (Obs. IX).

On peut rapprocher cet exemple d'hémorragie tardive, se produisant au niveau de la plaie utérine, de celles signalées par Bouisson, étudiées par Verneuil et ses élèves, et rattachées par eux à l'impaludisme.

D'autres hémorragies se produisent pendant l'accouchement, que l'existence de l'impaludisme chronique paraît rendre plus fréquentes. Nous en rapportons un exemple observé chez une femme cachectique (Obs. VIII).

Observation VIII

Impaludisme chronique. — Cachexie palustre. — Accouchement à terme.
— Hémorragie post-partum

C. M..., 25 ans, multipare. Née à Alicante (Espagne). Habite depuis plusieurs années la province d'Oran.

Aspect profondément cachectique et anémié.

De temps à autre, légers accès fébriles, irréguliers, sem-

blant avoir pris, pendant le dernier mois de la grossesse, une intensité un peu plus grande.

Accouchement normal, le 20 février 1889, d'un enfant à terme.

La délivrance se fait facilement, mais à peine le placenta est-il extrait qu'une violente hémorragie se déclare.

On s'en rend maître par une injection intra-utérine chaude (48°) faite avec une solution antiseptique.

Les suites de couches furent normales.

Persistance, pendant une dizaine de jours, d'un léger écoulement rosé

Pas d'accès fébriles.

Après un régime tonique, un traitement à l'extrait de quinquina continué pendant un mois, la femme quitte l'hôpital, considérablement améliorée de son état d'anémie et de cachexie.

L'enfant ne parut pas souffrir du traitement suivi par la mère. Le lait n'eut à aucun moment la saveur amère que lui communique le sulfate de quinine.

Nous avons revu la mère et l'enfant quelques mois après. Le développement de ce dernier se faisait normalement.

Observation IX

(Communiquée par M. le Dr Bichon).

Impaludisme chronique. — Accouchement à terme. — Hémorragie tardive.

Thérèse B..., 22 ans, à Beni-Saf. Accouchement facile, en première position du sommet, le 25 septembre. Délivrance rapide et facile, suivie d'injection vaginale antiseptique, et administration de 0 gr. 50 centig. ergot de seigle.

La montée du lait se fait normalement.

Le 28, état excellent. Peu de sang dans les lochies; pas de tranchées utérines.

Le 30 au matin, fièvre, tranchées violentes, revenant environ toutes les demi-heures.

Au toucher, les culs-de-sac sont libres. L'abdomen n'est sensible que pendant les accès douloureux. Le sang reparaît dans les lochies.

1^{er} octobre, même état; le matin, léger accès de fièvre (T. maxima 38°6).

Contre les douleurs, on prescrit un lavement contenant 15 gouttes de laudanum. Soulagement momentané.

La température du soir est normale. L'écoulement sanguin disparaît pendant la nuit pour augmenter le lendemain en même temps que la fièvre reparaît.

On prescrit, à 10 heures du matin, ergot de seigle 1 gr. 50 à prendre en trois paquets à une heure d'intervalle.

Les tranchées diminuent. Mais, le 3, la fièvre reparaît, ainsi que l'écoulement.

Ergot de seigle 1 gr. 50. L'écoulement sanguin persiste.

Le 4, à sept heures du matin, sulfate de quinine 1 gr. 50 pris à dose massive.

Les douleurs diminuent; l'hémorragie se supprime; la fièvre ne reparaît pas le lendemain.

Le 5 au matin, quelques stries de sang; sulfate de quinine 1 gr. à prendre dans la soirée.

Le 6, sulfate de quinine 0 gr. 50 centigrammes. L'écoulement sanguin a complètement disparu.

Le 7, la malade se lève.

Elle habite Beni-Saf depuis plusieurs années et a eu à plusieurs reprises des accès de fièvre palustre, toujours traités avec succès par le sulfate de quinine. N'a pas eu d'accès pendant les premiers mois de sa grossesse, mais seulement pendant les derniers.

N. B. — Beni-Saf est situé à proximité de la Tafua, dont la région avoisinante est particulièrement insalubre.

CHAPITRE II

TRAITEMENT DE L'IMPALUDISME PENDANT LA GROSSESSE

Deux cas peuvent se présenter.

I.— Les premières manifestations de l'impaludisme surviennent, pendant la gestation, chez une femme demeurée indemne jusqu'au moment de la conception.

II.— Ou bien, ces premières manifestations ayant apparu depuis un temps plus ou moins long, l'impaludisme a pré-existé à la grossesse ou s'est établi rapidement sous son influence.

Supprimer les accès dans le premier cas, en prévenir la reproduction, débarrasser l'organisme du poison palustre qui tend à en prendre possession définitive, éviter, en un mot, que la phase de l'intoxication palustre, source de tant d'accidents pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, succède à la phase aiguë, tel est le moyen d'en éviter la production et l'indication à remplir.

Nous devons, dans le second cas, combattre l'anémie progressive que nous avons vue provoquer l'accouchement avant terme, souvent précédé de la mort du fœtus. Nous savons que cette anémie est le résultat de la destruction globulaire par laquelle le poison palustre manifeste incessamment sa présence. C'est contre ce poison que nous devons agir; nous devons en débarrasser l'organisme et lui permettre ensuite de réparer les pertes déjà subies.

Nous avons vu que l'interruption de la grossesse pouvait être plus ou moins précoce et survenir fréquemment en

dehors de toute manifestation fébrile. En l'absence de ces manifestations, séparées quelquefois par des intervalles assez longs, les formes larvées, l'engorgement des viscères abdominaux, les commémoratifs, joints à l'anémie que le microscope nous permettra de constater et d'apprécier, nous permettront de diagnostiquer l'existence de l'impaludisme chronique.

Traiter cet état dès que l'oligocythémie devient manifeste et s'accroît trop rapidement par suite de l'insuffisance des réparations, est une règle dont on ne saurait se départir, surtout pendant la grossesse, car elle est la source de tous les dangers, qu'on nous paraît devoir chercher en dehors des récidives fébriles.

Possédons-nous un agent thérapeutique répondant à ces deux indications : supprimer la fièvre ; détruire le poison palustre dont la présence se révèle par les signes que nous avons indiqués ? Le quinquina et ses dérivés remplissent ces deux indications.

Au début du chapitre qu'ils consacrent à la thérapeutique de la malaria, MM. Kelsch et Kiener constatent l'action héroïque de l'écorce du Pérou, qu'ils considèrent comme le remède spécifique de la maladie palustre.

Par son action bien constatée sur le nombre des pulsations qu'il diminue et sur la température qu'il abaisse, le quinquina peut être employé comme antipyrétique dans les fièvres en général, et, à ce titre, il peut supprimer la fièvre intermittente, ou, pour employer une expression plus commune, en couper les accès. Mais, comme le faisait remarquer Trousseau, couper la fièvre n'est pas la guérir. Le quinquina et ses dérivés ont une action plus complète et plus précieuse. Leur action dans la malaria est spécifique ; ils s'adressent non pas à la périodicité, mais à sa cause.

Etant donnée son efficacité reconnue par tous, il semble-

CHAPITRE II

TRAITEMENT DE L'IMPALUDISME PENDANT LA GROSSESSE

Deux cas peuvent se présenter.

I.— Les premières manifestations de l'impaludisme surviennent, pendant la gestation, chez une femme demeurée indemne jusqu'au moment de la conception.

II.— Ou bien, ces premières manifestations ayant apparu depuis un temps plus ou moins long, l'impaludisme a pré-existé à la grossesse ou s'est établi rapidement sous son influence.

Supprimer les accès dans le premier cas, en prévenir la reproduction, débarrasser l'organisme du poison palustre qui tend à en prendre possession définitive, éviter, en un mot, que la phase de l'intoxication palustre, source de tant d'accidents pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, succède à la phase aiguë, tel est le moyen d'en éviter la production et l'indication à remplir.

Nous devons, dans le second cas, combattre l'anémie progressive que nous avons vue provoquer l'accouchement avant terme, souvent précédé de la mort du fœtus. Nous savons que cette anémie est le résultat de la destruction globulaire par laquelle le poison palustre manifeste incessamment sa présence. C'est contre ce poison que nous devons agir; nous devons en débarrasser l'organisme et lui permettre ensuite de réparer les pertes déjà subies.

Nous avons vu que l'interruption de la grossesse pouvait être plus ou moins précoce et survenir fréquemment en

dehors de toute manifestation fébrile. En l'absence de ces manifestations, séparées quelquefois par des intervalles assez longs, les formes larvées, l'engorgement des viscères abdominaux, les commémoratifs, joints à l'anémie que le microscope nous permettra de constater et d'apprécier, nous permettront de diagnostiquer l'existence de l'impaludisme chronique.

Traiter cet état dès que l'oligocythémie devient manifeste et s'accroît trop rapidement par suite de l'insuffisance des réparations, est une règle dont on ne saurait se départir, surtout pendant la grossesse, car elle est la source de tous les dangers, qu'on nous paraît devoir chercher en dehors des récidives fébriles.

Possédons-nous un agent thérapeutique répondant à ces deux indications : supprimer la fièvre ; détruire le poison palustre dont la présence se révèle par les signes que nous avons indiqués ? Le quinquina et ses dérivés remplissent ces deux indications.

Au début du chapitre qu'ils consacrent à la thérapeutique de la malaria, MM. Kelsch et Kiener constatent l'action héroïque de l'écorce du Pérou, qu'ils considèrent comme le remède spécifique de la maladie palustre.

Par son action bien constatée sur le nombre des pulsations qu'il diminue et sur la température qu'il abaisse, le quinquina peut être employé comme antipyrétique dans les fièvres en général, et, à ce titre, il peut supprimer la fièvre intermittente, ou, pour employer une expression plus commune, en couper les accès. Mais, comme le faisait remarquer Trousseau, couper la fièvre n'est pas la guérir. Le quinquina et ses dérivés ont une action plus complète et plus précieuse. Leur action dans la malaria est spécifique ; ils s'adressent non pas à la périodicité, mais à sa cause.

Etant donnée son efficacité reconnue par tous, il semble-

rait que ce précieux médicament dût être recommandé par tous les auteurs.

Il est cependant loin d'en être ainsi, et beaucoup trouvent dans la grossesse une contre-indication à son emploi. Débattue depuis longtemps, la question est loin d'être résolue. Les expériences succèdent aux expériences, les conclusions suivent les conclusions, sans qu'une solution définitive intervienne.

Nous allons passer en revue les différentes opinions données avec tant d'autorité pour ou contre l'emploi du quinquina et des sels de quinine pendant la gestation, et nous examinerons si l'action ocytotique du médicament est suffisamment démontrée, pour que nous restions désarmés, en négligeant un agent si précieux, d'un effet si certain, pour enrayer l'évolution d'une maladie dont nous avons montré les dangers.

HISTORIQUE

Petitjean signala, en 1845, les propriétés excito-motrices du sulfate de quinine sur les fibres de l'utérus, et, se basant sur quelques faits qu'il avait observés, insista sur la possibilité de la production de l'avortement à la suite de l'emploi de ce médicament. Il conclut en recommandant la plus grande prudence toutes les fois qu'on aurait à en faire usage pendant le cours de la grossesse.

Waren, appuyant cette opinion, déclarait, quelques années plus tard (1862), que le sulfate de quinine est le meilleur des médicaments abortifs.

Dès 1855, Briquet avait réagi contre la crainte exagérée du sulfate de quinine administré dans le cours de la gesta-

tion, crainte que les observations de Petitjean avaient fait naître.

Duboué, Wattelle, Carradec, Lewis, Delieux de Savignac, ont rapporté des observations d'avortements ou d'accouchements prématurés qu'ils attribuaient à l'action de ce médicament

Rayer reprochait au sulfate de quinine d'avoir entraîné l'avortement dans presque toutes les circonstances où il l'avait employé pendant la gestation.

Plantard, étudiant dans sa thèse l'emploi du sulfate de quinine pendant la grossesse, sans nier que le paludisme, à lui seul, puisse produire l'expulsion du fœtus, croit à une certaine nocivité du médicament qui viendrait se joindre à l'influence fâcheuse de la fièvre intermittente. Il conseille de lui associer l'opium.

Delmas, Ebrard, Thézet, Burdel et beaucoup d'autres auteurs, ayant tous eu l'occasion de pratiquer dans des localités où les fièvres sont endémiques, déclarent n'avoir jamais eu à se plaindre du quinquina et de ses dérivés, en particulier du sulfate de quinine, donné, d'après leurs observations, à des époques différentes de la grossesse, pour des affections fébriles diverses.

En Italie, le débat devait prendre une plus grande importance et donner lieu à des recherches et à des travaux qui eurent un grand retentissement.

En 1871, le docteur Monteverdi (de Crémone) essaya les propriétés tocologiques du sulfate de quinine et fut amené à penser que la quinine et ses sels ont une action sur l'utérus gravide, qu'ils peuvent provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré, réveiller les contractions ou les renforcer dans les cas d'inertie utérine pendant le travail.

Cet auteur concluait que, comme ocytocique, le sulfate de quinine est préférable à l'ergot de seigle ; son emploi est sûr,

son action se manifeste une demi-heure après l'ingestion et dure deux heures. L'emploi doit en être évité pendant la grossesse à cause des dangers d'avortement ou d'accouchement prématuré.

Chiara étudia de son côté l'action de la quinine sur l'utérus gravide, et se basant sur quarante faits parfaitement observés, arrivait, en 1873, aux conclusions suivantes :

1° Le travail de Monteverdi est insoutenable.

2° Le sulfate de quinine n'a aucune espèce d'action abortive.

3° Dans l'accouchement prématuré artificiel, le sulfate de quinine ne mérite aucune confiance.

Sa dernière conclusion était que :

Dans la grossesse compliquée de maladies générales, le praticien devra administrer, s'il y a lieu, la quinine, non seulement pour lutter contre la maladie, mais persuadé que dans ce cas l'administration de la quinine est le meilleur moyen d'empêcher l'avortement ou l'accouchement prématuré.

Un vétérinaire de Caen, Rancilia, institua, la même année, une série d'expériences faites sur les animaux, dont il tira les mêmes conclusions que Monteverdi.

Seize cas tirés de sa pratique personnelle permettaient, au contraire, à César Bazin, d'adopter et d'appuyer les conclusions de Chiara.

Cet auteur constatait que, non seulement le sulfate de quinine n'est pas dangereux, mais « qu'il sauve la vie des malades dans les cas de fièvre pernicieuse, et que nul moyen ne peut le suppléer. »

Wood, Chirone, Dupuy, Campbell, Pasquali, concluent dans le même sens.

Le D^r Léon Colin, faisant allusion à l'influence réciproque de la grossesse ou de l'accouchement sur l'impaludisme,

s'exprime ainsi: « Dans les pays à malaria, l'état puerpéral est une des conditions dans lesquelles, au lieu de repousser le fébrifuge, il y aura le plus souvent lieu de recourir à son action. »

MM. Kelsch et Kiener, dans leur « Traité des maladies des pays chauds », se demandent si la cause des accidents mentionnés par Duboué, Rayer et les autres auteurs ne réside pas, en dehors de l'action du médicament, dans l'intoxication paludéenne. Cependant, concluent ces auteurs, comme d'éminents praticiens, notamment Delioux de Savignac, tiennent la quinine pour un emménagogue, il conviendra d'être toujours très prudent dans son administration chez les femmes enceintes.

De Micas (1) a consacré sa thèse, soutenue à Paris au mois de mars 1890, à l'étude de l'influence du sulfate de quinine sur l'utérus gravide. Nous avons regretté de ne pouvoir consulter ce travail qui n'est pas encore parvenu à la bibliothèque de notre Ecole.

Le Dr Mertz (2) a publié, dans le numéro de février 1890 du Bulletin médical de l'Algérie, un mémoire dont nous allons rapidement exposer les conclusions, tirées de ses expérimentations cliniques.

« La quinine, nous dit cet auteur, peut amener l'avortement pendant les trois premiers mois de la grossesse; ses effets, mal connus des troisième et sixième mois, sont nuls à partir de ce moment jusqu'à la fin de la gestation » L'auteur insiste sur le danger d'administrer ce médicament pendant la première de ces périodes.

Atkinson (3) publiait, en même temps, dans un journal

(1) De Micas. De l'influence du sulfate de quinine sur l'utérus gravide. Th. de Paris, 13 mars 1890.

(2) Mertz. Quinine et grossesses (Bulletin général de l'Algérie, février 1890).

(3) Atkinson (American Journal of the. med. sc., février 1890).

médical américain, le résultat de ses expériences instituées sur des animaux.

Les conclusions de cet auteur diffèrent de celles du Dr Mertz. Pour Atkinson, l'action de la quinine est nulle, comme médicament ocytocique.

Cette action, lorsqu'elle a été observée, paraissait dépendre d'une idiosyncrasie. Elle a toujours été constatée chez des sujets débilités. L'auteur recommande néanmoins la plus grande circonspection dans l'emploi du médicament.

Nous terminerons cet aperçu historique en signalant l'opinion du Dr Bertrand (1), consignée dans un mémoire publié au mois d'août dernier dans les Annales de la Société de médecine de Gand. Bertrand considère le sulfate de quinine comme n'ayant aucun effet sur l'utérus pendant toute la durée de la gestation et comme incapable de produire, à lui seul, soit l'avortement, soit l'accouchement prématuré. Le mémoire publié par cet auteur, résultat d'observations cliniques très sérieuses, paraît destiné à prendre une place importante dans le débat si controversé de l'action ocytocique de la quinine.

Le mémoire de Bertrand est, à notre connaissance, le dernier travail qui ait été fait sur cette question.

Même en éliminant des divers travaux que nous venons d'énumérer, ceux qui consignent le résultat d'expériences faites sur les animaux et qui ne nous paraissent pas démonstratives dans le cas particulier qui nous occupe, on voit que cette question de l'action ocytocique de la quinine est loin d'être résolue par les faits ou les expériences cliniques. Les observations de Chiara sont loin de confirmer les résultats

(1) Bertrand. De l'action du sulfate de quinine sur l'utérus gravide (Annales de la Société de médecine de Gand, août 1890).

obtenus par Monteverdi. Bertrand tire des siennes des conclusions très différentes de celle du Dr Mertz.

Nous n'avons jamais vu administrer le sulfate de quinine pendant la grossesse, en dehors des accès palustres, avant que la nature n'en ait été constatée. Faut-il chercher dans ce fait la raison des résultats que nous avons observés? La présence du poison malarien dans l'organisme diminue-t-elle le pouvoir ocytotique du sulfate de quinine, de même que certains états morbides permettent à l'organisme de tolérer des doses de médicaments qui seraient toxiques pendant l'état de santé? ou bien ce pouvoir n'existe-t-il réellement pas, comme le prétendent Chiara, Bazin, Bertrand et beaucoup d'autres?

Nous n'avons pas la prétention de résoudre cette question.

Nous constatons seulement que, dans les nombreux cas où nous avons vu administrer du sulfate de quinine ou des préparations de quinquina, chez des femmes enceintes, pour combattre des accès intermittents d'origine palustre ou l'impaludisme chronique, nous n'avons pas constaté d'accidents. Nous n'avons pas vu de contractions utérines se produire sous son influence.

L'action nocive que pourrait exercer sur l'utérus gravide un médicament qu'on ne peut remplacer et qui produit, dans le traitement de l'impaludisme, des effets si remarquables, est trop peu démontrée, le danger qui résulte de l'absence de traitement est trop évident pour qu'il soit permis de s'abstenir.

Tous les auteurs, même les partisans les plus convaincus de l'action abortive du sulfate de quinine, recommandent son emploi dans les formes pernicieuses.

Voici quelle est à ce sujet l'opinion du Dr Mertz.

En cas de fièvre grave, on donnera la quinine à fortes doses, même en injections hypodermiques: l'abstention pou-

vant être funeste, il faut sauver la mère au risque d'une fausse couche. Que faut-il entendre par une forte dose de quinine ? Nous avons vu donner souvent cinq grammes de sulfate de quinine chez l'homme au cours d'un accès pernicieux. Nous n'avons jamais dépassé cette dose, qui nous paraît suffire à la plupart des cas.

Par la voie hypodermique, l'absorption du médicament est beaucoup plus rapide, et on a de plus grandes chances de le voir agir assez vite pour éviter les accidents dont nous avons vu toute la gravité et qui peuvent survenir très rapidement.

Quand les accidents palustres sont bénins, il faut, d'après le docteur Mertz, préférer le traitement hygiénique.

Nous considérons ce dernier traitement comme indispensable pour que la guérison puisse se produire et surtout se continuer ; nous ne pensons pas qu'il suffise pour enrayer les accès et prévenir l'intoxication chronique.

Nous n'insisterons pas sur la manière dont doivent être administrés les sels de quinine ou les préparations de quinquina.

On suivra, pour la femme enceinte, les mêmes règles que pour les autres malades.

Aux manifestations fébriles de l'intoxication aiguë, ou aux récidives d'accès de la phase chronique, on opposera de préférence les sels de quinine. Mais nous avons vu qu'il ne suffit pas de débarrasser la malade de ses accès ; il faut en supprimer la cause et supprimer l'action du poison malarien qui a pénétré dans l'organisme. Les préparations de quinquina que nous pourrions substituer aux sels de quinine, après disparition bien constatée des accès, nous ont paru remplir cette indication. La poudre du quinquina calisaya, administrée à nos malades à la dose de 4 à 8 grammes par

jour, était bien supportée et nous en obtenions de bons résultats.

Quand la disparition du poison aura amené un arrêt dans la production des accidents par lesquels il manifeste sa présence, on interviendra par un régime tonique (extrait de quina, amers, reconstituants, etc., etc.) pour réparer les pertes déjà subies.

Enfin, il ne suffit pas de débarrasser l'organisme du poison qui a pu le pénétrer; il faut ne pas l'y exposer de nouveau.

Nous placerons le changement de lieu au premier rang des indications que comporte le traitement hygiénique. Ce changement, que la prudence commande lorsqu'on se trouve en présence d'une femme enceinte, atteinte d'impaludisme aigu, devient nécessaire pendant la phase chronique de l'intoxication, indispensable pendant la période de cachexie confirmée. Si pareil changement était absolument impossible, il faudrait prévenir les manifestations de la maladie par une prophylaxie rigoureuse.

L'impaludisme trouve dans le quinquina et ses dérivés un agent thérapeutique héroïque. L'impaludisme chronique est parfaitement curable; il n'est pas jusqu'à la cachexie confirmée qui ne laisse des prises à la médication.

Les dangers de cette médication ne nous paraissent pas suffisamment démontrés pour qu'on ne s'efforce pas de soustraire la femme enceinte aux dangers qui résultent de l'évolution de la maladie.

Nous concluerons à l'emploi du quinquina et de ses dérivés pendant la gestation, avec cette restriction qu'on ne l'emploiera que contre des accès reconnus d'origine palustre ou pour traiter des manifestations de l'impaludisme chronique.

Nous ajouterons avec MM. Kelsch et Kiener que cependant, «comme d'éminents praticiens, Delieux de Savignac

»entre autres, tiennent la quinine pour un emménagogue, il
»conviendra d'être très prudent dans son maniement chez
»les femmes enceintes et d'en surveiller l'emploi.»

CONCLUSIONS

Nous avons voulu montrer dans ce travail que :

I.— Les manifestations fébriles de l'impaludisme aigu se rencontrent fréquemment chez la femme enceinte, dans les pays où la malaria règne à l'état endémique.

II.— Ces manifestations se produisent indépendamment de l'âge de la grossesse, et la femme enceinte demeure soumise aux conditions générales qui président à leur apparition.

III.— Par la dépression qu'elle exerce sur l'organisme, la grossesse prépare un terrain favorable au développement de l'action du poison palustre. Elle contribue peut-être à la gravité de la fièvre (accès pernicieux); le plus souvent, l'impaludisme chronique s'établit rapidement sous son influence.

IV.— Quand l'impaludisme chronique préexiste à la conception ou s'est établi pendant la gestation, la grossesse semble l'aggraver : 1° en s'ajoutant aux diverses causes qui en rappellent les manifestations; 2° et surtout en ajoutant son action anémiant à l'action analogue et continuelle du poison palustre. L'équilibre entre la destruction des globu-

les rouges et leur réparation se trouve rompu ; l'oligocythémie augmente ; la cachexie peut être précoce.

Nous avons montré, en étudiant l'influence de l'impaludisme sur la grossesse, que :

I. — Cette influence paraît nulle pour les formes communes de l'impaludisme aigu.

II. — Elle est certaine pour les formes pernicieuses. La mort de l'enfant peut survenir rapidement, et la mère elle-même peut succomber avant que l'utérus ait pu se débarrasser du produit de la conception.

III. — C'est à la forme chronique de l'impaludisme qu'il faut attribuer le plus grand nombre des accidents. L'avortement et, plus fréquemment, l'accouchement prématuré peuvent se produire. Ils sont dus à l'anémie de la mère.

IV. — La mort du fœtus précède le plus souvent l'accouchement avant terme. Elle peut se produire en dehors de toute manifestation fébrile, longtemps après la disparition des accès, en l'absence de toute médication.

V. — Comme aux autres époques de la grossesse, l'impaludisme aigu peut se manifester pendant l'accouchement ou les suites de couches.

Mais encore, à ce moment, l'impaludisme chronique a la plus grande part d'influence. L'état de faiblesse et d'anémie que cet état a produit sur la femme peut avoir une action sur la suite des couches.

Etudiant le traitement de l'impaludisme pendant la grossesse, nous avons vu qu'il y a deux indications à remplir :

I. — 1° Guérir les accès, en supprimer la cause pour

éviter l'impaludisme chronique, si plein de dangers pour la grossesse et ses suites ; 2° éviter l'anémie progressive, source des accidents les plus graves de la gestation, en détruisant le poison palustre qui la produit. Le quinquina et ses dérivés remplissant cette double indication.

II. — L'action ocytocique de cet agent thérapeutique qu'on ne peut remplacer, d'un effet si certain contre les manifestations de la malaria, est trop peu démontrée, le danger qui résulte de l'absence de traitement est trop évident, pour qu'on puisse s'abstenir de le prescrire.

III. — Au traitement hygiénique, on peut associer, chez la femme enceinte, la médication par le quinquina et ses dérivés. On n'instituera cette médication qu'après avoir reconnu l'origine palustre des manifestations ; on en surveillera l'emploi.

FIN.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 2 juin 1891.

Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut.
J. GÉRARD.

Vu et approuvé :

Montpellier, le 1^{er} juin 1891

Le Doyen,
CASTAN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

PREMIÈRE PARTIE

- HIPPOCRATE.— Des eaux, des airs et des lieux (Trad. Littré, t. II, p. 20, 1840).
- SCHURINGIUS.— Ouvrages et observations 1746.
- MAURICEAU.— Observations sur la grossesse et l'accouchement, etc. 1728.
- ASTRUC.— Traité des maladies des femmes, t. V, 1765.
- HOFFMANN.— Opera omnia, t. II, p. 38, 1748.
- J. FRANCK.— Traité de pathologie interne 1791.
- CAPURON.— Traité de l'art des accouchements 1811.
- BONNET.— Traité des fièvres intermittentes, Paris 1835.
- BOUDIN.— Traité des fièvres intermittentes, Paris 1842.
- B. VERNEUIL.— Des maladies pendant la grossesse (Th. de Paris 1848).
- GUIRAUD.— De la fièvre intermittente pendant la grossesse (Th. de Montpellier 1852).
- BOURDIN.— De la fièvre palustre en Sologne (Th. Paris 1856).
- SAINT-ROMES.— Th. de Paris 1858.
- BÉHIER.— Conférences de clinique médicale 1864.
- PITRE-AUBINAIS.— Journal de médecine de Nantes (1850, t. XXVI).
- BURDEL.— 1° Recherches sur les fièvres paludéennes 1864.
2° Névrose cardiaque tellurique, etc. (Annales de gynécologie 1876).

DUBOUÉ.— De l'impaludisme 1867.

DAVID.— Th. 1868.

ROUX.— Des transformations morbides de la fièvre intermittente paludéenne observées dans les Dombes (Lyon médical 1874, t. XVI).

J. SCHRAMM.— Berlin klin. Wochens. (1878, p. 324).

DUPUY.— Thèse de Montpellier 1879.

CUZZI.— Annali di ostetricia (1880, p. 552).

BUREAU.— Note sur l'influence réciproque de l'impaludisme et des suites de couches (Revue mensuelle de médecine et de chirurgie 1880).

GOTH.— Zeitz für Geburts 1881.

BILLON.— Th. de Paris 1882.

BONFILS.— Th. de Paris 1885, N° 325.

PASQUALI ET BOMPIANI.— Nota sulla malaria in gravidanza (Annali di ostetricia 1884).

MANGIAGALLI.— Annali di ostetricia 1883, p. 304).

PAOLO-NEGRI.— 1° La febbre palustre nel puerperio (Il Morgagni 1884, p. 390).

2° Alcuni rapporti fra infezione palustre e stata di maternità.

3° La elevata temperatura nel corso della gravidanza (Annali di ostetricia 1886).

L. COLIN.— Art. *Fièvres intermittentes* (Dict. encyclopédique, 4° série, t. XVI).

LARDIER.— Localisations utérines du paludisme (Bulletin médical des Vosges, avril 1887, janvier 1888).

LAVERAN.— Traité des fièvres palustres 1884.

KELSCH ET KIENER.— Traité des maladies des pays chauds 1889.

DEUXIÈME PARTIE

- PETITJEAN.— Revue médicale, t. III, 1845.
- WAREN.— Bulletin général de thérapeutique 1862.
- DUBOUÉ.— Annales de gynécologie 1874.
- BURDEL.— Annales de gynécologie 1878.
- DELIOUX DE SAVIGNAC.— Bulletin général de thérapeutique, t. LXXXI.
- LEWIS.— Centralblatt für Gynækologie 1878, p. 211.
- PLANTARD.— Th. de Paris.
- MONTEVERDI.— *Demostrazione de una nuova virtù medicamentosa, etc.*
(Cremona 1878).
- CHIARA.— Annali universali di medicina 1873.
- C. BAZIN.— Gazette des hôpitaux 1873, p. 666.
- CHIRONE.— La sperimentale 1875, t. XXXVI.
- CAMPBELL.— American Journal of obstetrics 1880, p. 900.
- MISRACHI DE SALONIQUE.— Annales de gynécologie 1882.
- MERTZ.— Quinine et grossesse (Bulletin général de l'Algérie, février 1890).
- ATKINSON.— American Journal of the med. sc., février 1890.
- DE MICAS.— Th. de Paris, 13 mars 1890.
- BERTRAND.— Annales de la société de médecine de Gand, août 1890.
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
